

**Die Multidimensionale Skalierung  
als grundlegendes Verfahren  
zur Explikation des Pflegebedürftigkeitsverständnisses  
von beruflich Pflegenden**

**Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades  
„Master of Science“  
im  
Masterstudiengang Pflegewissenschaft  
an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der  
Philosophisch Theologischen Hochschule Vallendar**

vorgelegt von  
Anna Maria Teigeler

Erstgutachter: Prof. Dr. Albert Brühl  
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Sandra Bensch  
vorgelegt am 20.07.2017

# Inhaltsverzeichnis

<b>I.</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>4</b>
<b>II.</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
1.1	Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Kontext	5
1.2	Herausforderungen eines latenten Konstrukts	7
1.3	Forschungsziel, Forschungsfragen und kursorischer Überblick	7
<b>2</b>	<b>Theoretischer Teil</b>	<b>9</b>
2.1	Bildung und Bedeutung von Theorien	9
2.2	Exploration als basale Erkenntnisquelle	11
<b>3</b>	<b>Methodologie</b>	<b>13</b>
3.1	Forschungsdesign	13
3.2	Einführung in die Multidimensionale Skalierung (MDS)	14
3.2.1	Ablauf der MDS	15
3.2.2	Gütebestimmung der MDS	18
3.3	Begründung des Einsatzes der MDS	20
3.4	Einführung in das Verfahren der Gruppendiskussion	20
3.5	Begründung des Einsatzes der Gruppendiskussion	23
<b>4</b>	<b>Empirischer Teil</b>	<b>25</b>
4.1	Das Setting	25
4.2	Ethische Grundsätze für die Teilnahme an Forschungsprojekten	25
4.3	Die direkt und indirekt Teilnehmenden	27
4.4	Die Datenerhebung durch die Pflegenden	30
4.5	Datenanalyse anhand der MDS	31
4.6	Die Durchführung der Gruppendiskussion	37
<b>5</b>	<b>Analysen</b>	<b>41</b>
5.1	Auswertung der Gruppendiskussion	41
5.1.1	Erster Reduktionsdurchgang	45
5.1.2	Zweiter Reduktionsdurchgang	65
5.1.3	Dritter Reduktionsdurchgang	73
5.1.4	Zwischenreflexion und Modifizierung der Auswertung	77

5.2	Dimensionsentwicklung	88
5.2.1	Entfaltung der ersten Dimension	88
5.2.2	Entfaltung der zweiten Dimension	93
5.2.3	Entfaltung der dritten Dimension	96
5.3	Auswertung der Stress Decomposition Chart	98
5.4	Auswertung der individuellen Gewichtungen der Pflegekräfte	100
5.5	Hypothesenbildung	103
<b>6</b>	<b>Resümee</b>	<b>106</b>
6.1	Reflexion des Forschungsprozesses	106
6.2	Bedeutung für die Begriffsentwicklung von ‚Pflegebedürftigkeit‘	107
6.3	Ausblick	110
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>112</b>
<b>8</b>	<b>Anhänge</b>	<b>115</b>

## I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prinzipien des 2-Phasen MDS-Algorithmus (nach Borg et al (2010), S. 70) .	17
Abbildung 2: Befehl.....	32
Abbildung 3: Modell-Outcome .....	32
Abbildung 4: Ausschnitt Unähnlichkeitsmatrix P01 .....	33
Abbildung 5: Ausschnitt Distanzmatrix P01 .....	33
Abbildung 6: Shepard-Diagramm .....	34
Abbildung 7: Numerische Ausprägungen der gemeinsamen Konfiguration .....	35
Abbildung 8: Pole der Dimension 1 .....	35
Abbildung 9: Pole der Dimension 2 von oben.....	36
Abbildung 10: Pole der Dimension 3 .....	36
Abbildung 11: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse .....	42
Abbildung 12: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung .....	43
Abbildung 13: Stress Decomposition Chart .....	99
Abbildung 14: Individuelle Gewichtungen der Pflegekräfte.....	102

## II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Exemplarischer Ausschnitt aus einer Datenmatrix als csv-Tabelle.....	31
Tabelle 2:Erster Durchgang der Zusammenfassung .....	46
Tabelle 3: Zweiter Durchgang der Zusammenfassung .....	66
Tabelle 4: Dritter Durchgang der Zusammenfassung .....	75
Tabelle 5: Übersicht über die intervallskalierten Daten der Probanden .....	78
Tabelle 6: Kategorien nach der dritten Reduktion und ihre Bedeutungshorizonte .....	79
Tabelle 7: Kategorienentwicklung der Extrempunkte der Dimension 1 .....	81
Tabelle 8: Kategorienentwicklung der Extrempunkte der Dimension 2 .....	84
Tabelle 9: Kategorienentwicklung der Extrempunkte der Dimension 3 .....	86
Tabelle 10:Dimension 1 Gegenüberstellung der Extrempositionen .....	92
Tabelle 11: Dimension 2 Gegenüberstellung der Extrempositionen .....	95
Tabelle 12: Dimension 3 Gegenüberstellung der Extrempositionen .....	97



# 1 Einleitung

## 1.1 Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Kontext

Der fachliche wie triviale Gebrauch der Vokabel ‚Pflegebedürftigkeit‘ legt nahe, dass es sich dabei um einen konventionellen Begriff handelt. Wie viel oder wie wenig Übereinkommen bezüglich der Kriterien besteht, zeigt sich, wenn Konzeptionen von Pflegebedürftigkeit dazu herangezogen werden, um diese zu messen. Dies ist seit der Einführung der hiesigen gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) im Jahr 1995 insofern bedeutsam, da leistungrechtliche Ansprüche an das jeweilige Messergebnis geknüpft sind. Zwar hat die Sozialgesetzgebung primär kein Interesse daran, einen umfassenden Begriff von Pflegebedürftigkeit zu generieren, da die daraus abgeleiteten Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht die volle Bedarfsdeckung vorsehen. „Die Begrenzung von Leistungen ist ein der Pflegeversicherung innewohnendes Prinzip und findet ihren Ausdruck im ‚Teilkasko-Charakter‘ der Pflegeversicherung“ (Wingenfeld et al, 2011, S. 58).

Der Jahrzehnte lange Einsatz eines Konzepts von Pflegebedürftigkeit entlang der Pflegestufen 1 bis 3 offenbart aber Schwächen, die auch politisch als nicht hinnehmbar erachtet werden<sup>1</sup>.

„Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI und das darauf basierende Begutachtungsverfahren werden bereits seit Einführung der Pflegeversicherung kritisch diskutiert. Pflegebedürftigkeit sei, so der Kern der Kritik, im SGB XI zu eng, zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch definiert. [...] Inzwischen existiert ein breiter Konsens in der Einschätzung, dass eine Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit und eine entsprechende Angleichung des Begutachtungsverfahrens nach dem SGB XI erforderlich sind“ (Wingenfeld et al, 2011, S. 15).

---

<sup>1</sup> Sozialgesetzbuch SGB XI, Elftes Buch, Soziale Pflegeversicherung, Stand: Zuletzt geändert durch Art. 2a u. 2b G v. 11.10.2016 I 2233

§ 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit bezieht sich auf gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des Alltags bzgl. der Körperpflege, der unmittelbaren Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung  
[www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html](http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/14.html), abgerufen am 02.01.2017

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist im Zweiten Pflegestärkungsgesetz (SGB XI, Abs. 2, §14)<sup>2</sup> verankert und kommt seit dem 01. Januar 2017 im Medium des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) zur sozialrechtlichen Anwendung. Der Begriff geht auf ein in Kernfragen gemeinsames internationales Verständnis von Pflegebedürftigkeit zurück und stellt die Selbstständigkeit der betroffenen Personen ins Zentrum (Wingenfeld, Gansweid, 2013, S. 7).

Weil aber nationale wie internationale Pflegebedürftigkeitsbegriffe den jeweiligen Sicherungssystemen und ihren Gestaltungsräumen folgen (Wingenfeld et al 2011, S. 50 ff), sind nicht allein die individuellen Dispositionen der betroffenen Personen von Interesse, sondern auch das, was ihnen zugestanden wird. Pflegebedürftigkeit ist demnach nicht nur ein personenbezogenes Phänomen, „als das es aber gemessen werden soll“ (Brühl et al, 2016, S. 80), sondern hängt auch von determinierenden Umweltfaktoren ab - etwa von den jeweiligen gesetzlichen Begriffsbestimmungen oder vom Management der Pflegebedürftigkeitseinschätzung oder von der Gewichtung einzelner Items innerhalb des Messinstrumentes (ebd. S. 80 f). Diese sind aber gesetzt und nicht aus einer Theorie abgeleitet, die es erlauben würde, Pflegebedürftigkeit zufriedenstellend zu bestimmen und daraufhin valide zu messen.

Dass die Plausibilität eines Instrumentes *[anstelle einer theoretischen Fundierung A. A.]* - der Pflegebedürftigkeitsbegriff des NBA geht auf Recherchen bereits bestehender Begriffe und Instrumente *[und anschließender Konsensbildung A. A.]* zurück - als hinreichender Nachweis der Güte interpretiert wird, hält Planer (2014) für bedenklich (S. 20). „Das führt dazu, dass Abbildungsmodelle nicht von Theorien unterschieden [...] und mit normativem Anspruch für gültig erklärt werden [...]“ (ebd.).

Deshalb bleibt die Aufgabe der pflegewissenschaftlichen Forschung bestehen, „Pflegebedürftigkeit“ als einen ihrer genuinen Gegenstände, hinsichtlich seiner theoretischen Kriterien zu entfalten unter Einsatz empirischer Verfahren.

„Es gilt, vieles weiter zu entwickeln: Die Theorie über Pflegebedürftigkeit, die Operationalisierung der Theorie in ein Messinstrument, das Struktur- und Messmodell und deren Bezug zur Pflegepraxis. Diese Art von Arbeiten mit einer verbindlichen Einführung des NBAs zu beenden, würde bedeuten, alle offenen Fragen für irrelevant zu erklären“ (Brühl, 2012, S. 10).

---

<sup>2</sup> Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit fächern sich in sechs Modulen auf: (1) Mobilität, (2) kognitive und kommunikative Fähigkeiten, (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, (4) Selbstversorgung, (5) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingter Belastungen, (6) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

## 1.2 Herausforderungen eines latenten Konstrukts

Aus Sicht der Sozial- und Humanwissenschaften handelt es sich bei ‚Pflegebedürftigkeit‘ um ein sogenanntes latentes Konstrukt. Darunter sind Phänomene von hoher Komplexität zu verstehen, die viele Dimensionen implizieren können.

„ ‚Latent‘ bedeutet, dass das Konstrukt als solches nicht direkt beobachtbar ist, sondern die Gesamtbetrachtung der Beobachtungen mehrerer manifester (beobachtbarer) Variablen, deren wechselseitige Abhängigkeiten oft nicht bekannt sind, eine Aussage über die Ausprägung des latenten Konstrukts machen soll“ (Brühl, 2012, S. 14).

Pflegebedürftigkeit ist demnach sowohl holistisch gegenwärtig als auch aufgrund einzelner manifester Variablen empirisch beobachtbar, wie etwa das vermutete Beispielkriterium ‚Mobilität‘. Durch welche Variablen sich die wesentlichen Attribute von Pflegebedürftigkeit erschließen lassen und ob Abhängigkeiten oder Synergien zwischen ihnen bestehen und wie diese zu berücksichtigen sind, bedarf einer theoretischen Auseinandersetzung und Begründung.

Der indirekte und kryptische Charakter latenter Konstrukte birgt einerseits das Ärgernis, dass es möglicherweise immer Desiderate geben wird. Andererseits dürfte der Charakter als Chance angesehen werden, dass sich eine bereits bestehende Begrifflichkeit entwickeln kann. Aus der Unabgeschlossenheit des Konstrukts ‚Pflegebedürftigkeit‘ ergibt sich die Legitimation und die Notwendigkeit der Grundlagenforschung, die Inhalte und Relationen zu erfassen und freizulegen vermag. Diese „[...] müssen im Zuge der Operationalisierung konkretisiert werden“ (Bortz, Döring 2015, S. 3).

## 1.3 Forschungsziel, Forschungsfragen und kursorischer Überblick

Dem Projekt, das nun beschrieben wird, geht deshalb der Gedanke des explorativen Vorgehens bei der Theorieentwicklung von ‚Pflegebedürftigkeit‘ voraus. „[...] die Explorationsphase *[stellt A. A.]* einen unverzichtbaren Teil des wissenschaftlichen Erkenntnisprozesses dar, ohne die das Aufstellen und Prüfen von Hypothesen nicht möglich wäre“ (Bortz, Döring, 2015, S. 353).

Es setzt die Mitwirkung professionell Pflegender aus der Praxis für den Prozess der Eruierung von Kriterien für Pflegebedürftigkeit voraus. Der empirische Teil beschreibt die Anwendung heuristischer und verstehender Methoden in einer Klinik für geriatrische Rehabilitation. Das Ziel besteht darin her-

auszufinden, welche Erkenntnisse aus der praktischen Expertise der Pflegenden bezüglich der Dimensionen von Pflegebedürftigkeit zu gewinnen sind. Das Interesse wird dabei von drei Forschungsfragen geleitet:

- I. Gibt es eine gemeinsame Systematik der Pflegenden in der Unterscheidung der Patienten und lässt sich diese multidimensional skalieren?
- II. Können aus der Interpretation der grafisch dargestellten Ergebnisse durch die Pflegenden Kategorien gebildet werden und lassen sich damit Dimensionen herauslesen, die für die Begriffsentwicklung von ‚Pflegebedürftigkeit‘ gewinnbringend sind?
- III. Lässt sich der geltende Begriff von Pflegebedürftigkeit revidieren, indem die Ergebnisse heuristischer und hermeneutischer Strategien zur pflegfachlichen Beurteilung der Patienten durch die Pflegekräfte hinzugezogen werden?

Wie das gelingt, möchte die folgende schriftliche Darlegung nachvollziehen. Sie schließt an die Masterthesis von Johannes Bergmann ‚Eine Strukturierung der Wahrnehmung der Pflegebedürftigen durch die professionell Pflegenden mit Hilfe der Multidimensionalen Skalierung‘ an.

Zunächst wird die Entwicklung und Bedeutung von Theorien skizziert und aufgezeigt, welche Rolle die Explorationsphase dabei spielt.

Aus den Forschungsfragen erwächst die Methodologie zur Erhebung, Repräsentation und Interpretation der Daten: zu diesem Zweck werden die Non-metrische Multidimensionale Skalierung und die Gruppendiskussion als aufeinander bezogene Verfahren eingesetzt.

Der Auswertungsprozess legt offen, wie Ergebnisse aus dem triangulativen Vorgehen gewonnen werden und welche abschließenden Konsequenzen hinsichtlich der Begriffsentwicklung von ‚Pflegebedürftigkeit‘ zu ziehen sind.

## 2 Theoretischer Teil

Der theoretische Teil dieser Arbeit wird sich weder mit klassischen Pflegetheorien befassen noch die Rechercheergebnisse der Elemente von Pflegebedürftigkeitsbegriffen darlegen<sup>3</sup>. Diese Elemente sind durchaus zu würdigen, haben aber für die folgende explorative Untersuchung keine direkte Bedeutung.

Wie in den einleitenden Überlegungen beschrieben, besteht die Herausforderung der Pflegewissenschaft darin, Pflegebedürftigkeit als Begriff theoretisch zu fundieren. Hierbei kann Planers Kritik, dass in der Pflege latente Konstrukte gemessen werden, „von denen wir nicht wissen, wie wir sie in qualitativen Begriffen beschreiben und ordnen können“ (Planer, 2014, S. 9), zum Anlass genommen werden, die Systematik aufzurollen, die die Theorieentwicklung bestimmt. Auf dem Weg zu inhaltlich validen Kriterien müssen auch die Bedingungen ihrer Entstehung reflektiert werden.

### 2.1 Bildung und Bedeutung von Theorien

Am Anfang jeder Theorie steht ein Phänomen, das erfasst und erklärt werden möchte. Handelt es sich um Phänomene aus dem Bereich der Human- und Sozialwissenschaften kann nur selten auf bereits bestehende Gesetzmäßigkeiten zurückgegriffen werden, sondern „[a]n der Stelle von Gesetzen treten hier meistens mehr oder weniger begründete bzw. empirisch abgesicherte Theorien [...], deren Erklärungswert nicht gegeben, sondern Gegenstand empirischer Forschung ist“ (Bortz, Döring, 2015, S. 17).

Das Phänomen ‚Pflegebedürftigkeit‘ ist empirisch als latente Variable zugänglich, von der anzunehmen ist, dass sie als hypothetisches Konstrukt manifesten Variablen zugrunde liegt. Über die Ausprägungen der manifesten Variablen wird beabsichtigt, die latente Variable zu erschließen (Bortz, Döring, 2015, S. 4).

‚Pflegebedürftigkeit‘ hat in der beschriebenen Untersuchung den Stellenwert einer abhängigen Variablen, die multikausal durch verschiedene unabhängige Variablen bedingt ist. Jede unabhängige Variable bestimmt aufgrund ihrer Beschaffenheit die abhängige Variable. Bortz und Döring (2015) sprechen dabei vom relativen Erklärungswert mehrerer unabhängiger Variablen, der innerhalb des Forschungsprozesses aufgedeckt werden muss (S. 15).

---

<sup>3</sup> Dazu liefern Wingenfeld et al. (2011) eine Übersicht: Zwischenfazit: Elemente des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (S. 58 ff).

„Die relativen Bedeutungen der unabhängigen Variablen für die abhängige Variable sowie die Beziehungen der unabhängigen Variablen untereinander konstituieren ein erklärendes Netzwerk für die Variabilität einer abhängigen Variablen oder kurz: eine Theorie“ (ebd.).

Inhaltlich müsste eine Theorie über Pflegebedürftigkeit deskriptive Bestandteile aufweisen sowie Ursachen, die sie bedingen und Angaben über die Korrelationen der unabhängigen Variablen (ebd.).

Um das zu erreichen, braucht es Hypothesen, die in der Lage sind, die Theorie zu verdichten und im weiteren Prozess ihre gesetzmäßige Funktion zu stützen, damit sie nicht nur beschreiben und erklären, sondern auch vorher-sagen kann (ebd.). Die prognostische Funktion einer Theorie ist im Kontext der messbaren Erfassung von Pflegebedürftigkeit insofern von Bedeutung, da ein Interesse an validen Koeffizienten und – sozialrechtlich weitergedacht – an adäquater Leistungsverteilung besteht.

Von Gesetzmäßigkeit kann dann ausgegangen werden, wenn sich die Gültigkeit der Theorie (immer wieder) in der Realität oder aufgrund von Beobachtungsdaten bewährt (ebd.). Die Realität als Bewährungsprobe zu verstehen, ist auch bei der Entwicklung von Theorien sinnvoll. Induktiv aus der Praxis gewonnene Erkenntnisse sind so aufzubereiten, dass sie deduktiv wieder an das Forschungsfeld herangetragen werden können, um dort ihre Eignung zu beweisen oder um sie zu revidieren. Planer (2014) bezieht diesen Praxis-Theorie-Praxis-Transfer auf die Theorie- und Instrumentenentwicklung für die Pflege und stellt sie als reziproken Prozess heraus.

„Die grundlegende Herausforderung in Bezug auf eine wissenschaftliche Instrumentenentwicklung in der Pflege liegt darin, den Prozess [...] der Instrumentenentwicklung aber zeitgleich auch *[als Prozess A. A.]* der Theorieentwicklung zu verstehen und umgekehrt. Erfolgreiche Instrumentenentwicklung ist nur aus einer Kombination zuerst induktiver und anschließend deduktiver Methodologien und Methoden möglich“ (S. 21).

Auch Bortz und Döring (2015) heben hervor, dass für den empirischen Forschungsprozess die Prüfung inhaltlicher Theorien sehr eng mit der Prüfung von Theorien über Erhebungsinstrumente verbunden sein muss und deshalb eine möglichst korrekte Erfassung der Realität erforderlich ist (S. 19 f).

Der Operationalisierung kommt dabei eine zentrale Aufgabe zu, in deren Vorfeld Entscheidungen darüber getroffen werden müssen, mit welchen Methoden sich relevante Inhalte explizieren lassen und wie ihre Weiterverwendung strukturell gestaltet sein muss. „[...] Bei der untersuchungsvorbereitenden Hypothesengewinnung bzw. Hypothesenpräzisierung *[steht A. A.]* eine gute Operationalisierbarkeit im Vordergrund“ (Bortz, Döring, 2015, S.

355). Dabei sind messtheoretische Aspekte zu beachten. Werden empirischen Objekten (empirisches Relativ) Zahlen (numerisches Relativ) zugeordnet, muss ein Skalenniveau gewählt werden, das es erlaubt, a) die Objekte und ihre Relationen strukturerhaltend wiederzugeben (Repräsentationsproblem) und b) sie so zu transformieren, dass die Eigenschaften der Skala erhalten bleiben (Eindeutigkeitsproblem). Werden die erhobenen Zahlen für mathematische Operationen genutzt, wie etwa beim Einsatz eines Messinstruments, ist zuvor zu prüfen, welche Operationen für das jeweilige Skalenniveau zulässig sind (Bedeutsamkeitsproblem). Wenn eine mathematische Operation für das Skalenniveau ungeeignet ist, kommt dem Ergebnis keine Bedeutung zu, denn es ergibt aus messtheoretischer Sicht keinen Sinn (Bortz, Döring, 2015, S. 65 f)<sup>4</sup>. Diese Bedingungen kommen auch in Planers (2014) Prämissen für die Instrumentenentwicklung zum Ausdruck. Sie besagen, dass erstens jedem standardisierten Instrument der Pflege ein (impliziter) Theorie-Entwicklungsprozess zugrunde liegt und zweitens die Entwicklung eines validen standardisierten Instruments nur unter Berücksichtigung mess- und testtheoretischer Grundsätze erfolgen kann (S. 8). Die Entstehungsbedingungen für die Theorieentwicklung haben demnach einen Einfluss auf die interne und externe Validität sowie auf die Konstruktvalidität<sup>5</sup>. Deshalb ist es vonnöten, sie von Anfang an mit zu bedenken. Nicht alle Anforderungen an eine Theorie sind Bestandteil des beschriebenen Projekts, dessen Intention darin besteht, die Theorieentwicklung vorzubereiten.

## 2.2 Exploration als basale Erkenntnisquelle

Da weder wissenschaftliche Hypothesen noch eine wissenschaftliche Theorie über Pflegebedürftigkeit nach o. g. Kriterien vorliegen, müssen sie induktiv aus empirischen Daten abgeleitet werden.

---

<sup>4</sup> Beispielsweise können ordinalskalierte Daten nicht addiert werden, weil die Addition von Zahlen ihre Äquidistanz voraussetzt, Rangdaten aber lediglich Größer-Kleiner-Verhältnisse ausdrücken. Die Abstandsausdehnungen zwischen ordinalen Zahlenwerten sind nicht definiert.

<sup>5</sup> Interne Validität liegt vor, wenn Veränderungen in der abhängigen Variablen eindeutig auf den Einfluss der unabhängigen Variablen zurückzuführen sind [...]. Externe Validität liegt vor, wenn das in einer Stichprobenuntersuchung gefundene Ergebnis auf andere Personen, Situationen oder Zeitpunkte generalisiert werden kann. [...] Ein wichtiger Bestandteil der externen Validität ist zudem die ‚Konstruktvalidität‘, die durch unzureichende Explikation der verwendeten Konstrukte bzw. durch ungenaue Operationalisierungen der aus den Konstrukten abgeleiteten Variablen gefährdet ist“ (Bortz, Döring, 2015, S. 53).

Für die Grundlagenforschung, die die Theorieentwicklung anstößt, eignen sich explorative Verfahren, die keine gezielten Vorannahmen benötigen<sup>6</sup>. Diese Verfahren lassen sich mit anderen kombinieren, wenn das als sinnvoll erachtet wird. Dennoch bleibt der Forschungsprozess nicht völlig offen, weil Entscheidungen über Datenquellen und über die Methodologie die Exploration vorstrukturieren.

Es ist für die Gewinnung der Daten erforderlich, Zugang zu einem Forschungsfeld zu erhalten, in dem das Phänomen am deutlichsten offenbar wird, ohne direkt danach zu fragen (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2014, S. 6). Aus diesem Grund sind solche Settings zu wählen, wo professionelle Pflege stattfindet und solche Methoden einzusetzen, die a) den beteiligten Personen so viel Freiraum gewähren, dass sich das Phänomen möglichst authentisch zeigen kann und damit b) eine hohe Ergiebigkeit der erhobenen Daten erwarten lassen und c) heuristisch vorgehen, um „neue Denk- und Handlungsoptionen zu eröffnen [...]“ (Bortz, Döring, 2015, S. 353). Der Vorteil einer heuristischen Strategie (Such- oder Findestrategie, ebd.) besteht außerdem darin, dass sie im Alltag ebenso eingesetzt wird wie zu wissenschaftlichen Zwecken. Deshalb ist eine hohe Compliance der beteiligten Anwender anzunehmen.

Idealtypisch lassen sich aus dem explorativen Verfahren Beobachtungen gewinnen, die in einem weiteren Schritt als unabhängige Variablen bei der Formulierung von Hypothesen eingesetzt werden können. „Diese Hypothesen können das Kernstück einer neuen Theorie bilden, wenn sie sich in weiteren gezielten empirischen Untersuchungen bestätigen und ausbauen lassen“ (Bortz, Döring, 2015, S. 30).

---

<sup>6</sup> Trotz der Fülle von fachlichem und pflegewissenschaftlichem Wissen, ist es noch ungewiss, welche Aspekte davon für die Bestimmung einer Theorie von Pflegebedürftigkeit ausschlaggebend sind und ihrer Bemessung dienen können.



## 3 Methodologie

### 3.1 Forschungsdesign

Es wird ein Mixed-Methods-Design gemäß der methodenübergreifenden Triangulation ausgewählt, d. h. quantitative und qualitative Methoden werden in diesem Forschungsvorhaben aufeinander aufbauend eingesetzt.

Der Sinn dieser Methodologie erschließt sich durch den sequenziellen Umgang mit den Daten, der den Aufbau des Projekts bestimmt:

- (1) Die Daten werden anhand von Unähnlichkeitsurteilen produziert, die die Pflegenden durch Paarvergleiche der Probanden (die indirekt teilnehmenden Patienten) gewinnen.
- (2) Die aus diesem Rating-Verfahren erzeugten ordinalskalierten Daten werden durch das Verfahren der Nonmetrischen Multidimensionalen Skalierung in intervallskalierte Daten transformiert (aus Unähnlichkeits-Verhältnissen werden Distanzen d. h. Strecken in einem Raum gebildet).
- (3) Alle Urteile werden schrittweise zueinander in Beziehung gesetzt und räumlich angeordnet, bis eine möglichst optimale Lösung gefunden ist.
- (4) Aus diesem Prozess entsteht eine grafische Konstellation, die die Probanden als Punkte in einem  $m$ -dimensionalen Raum so angeordnet, dass die als ähnlich beurteilten Probanden eine größere räumliche Nähe zueinander aufweisen als die als unähnlich beurteilten.
- (5) Die entstandene Grafik wird daraufhin Gegenstand einer Gruppendiskussion mit den Pflegenden. Dabei fließen die konkreten Erfahrungen jeder einzelnen Pflegekraft mit den Probanden in die Erklärung der Anordnung der Punkte mit ein. Die Aufgabe besteht darin, in einem gemeinsamen Aushandlungsprozess die Punkte, die sich innerhalb der räumlichen Dimensionen ergeben, inhaltlich aus pflegefachlicher Sicht zu deuten und daraus gemeinsame Sinnhorizonte zu erschließen.
- (6) Die akustische Aufnahme der Gruppendiskussion wird von der forschenden Person transkribiert und gemäß der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewertet.

### 3.2 Einführung in die Multidimensionale Skalierung (MDS)

Die Multidimensionale Skalierung ist ein Verfahren, das dazu eingesetzt wird, Daten und ihre Beziehungen zueinander in eine Grafik zu transformieren. Die visuelle Präsentation ermöglicht es, die Struktur von komplexen empirischen Zusammenhängen mit dem Auge zu erfassen (Borg et al., 2010, S. 3), um so ihre Deutung zu erleichtern. Borg et al. begründen den Vorteil damit, dass die Exploration eines Bildes den allermeisten Anwendern erheblich leichter fällt als das Studium einer  $n \times n$  Korrelationsmatrix mit ihren entsprechenden Koeffizienten (S. 14), die mit höherem  $n$  zunehmend unübersichtlich und schwerer nachvollziehbar wird.

Die MDS wird in der sozialwissenschaftlichen Forschung u. a. als exploratives Datenanalyseverfahren angewendet, um Auskunft über die subjektive Wahrnehmung von Personen bzgl. bestimmter Objekte zu erhalten. Dabei wird davon ausgegangen, dass die psychologische Wahrnehmung einem mehrdimensionalen Wahrnehmungsraum entspricht, in dem sich die Objekte wie Punkte anordnen. Aus den Positionen der Objekte und ihren Lagebeziehungen zueinander kann auf die subjektive Wahrnehmung des Urteilenden geschlossen werden (Backhaus et al., 2006, S. 620). Wie sich die Objekte positionieren, hängt davon ab, auf welche Art ihre Beurteilung erfolgt, entweder durch vorher festgelegte Eigenschaftsbestimmungen oder durch die Einschätzung von jeweils gebildeten Objektpaaren hinsichtlich ihrer Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit (Backhaus et al., 2006, S. 621).

Bei der letztgenannten Art der Bestimmung kommt mittels MDS eine räumliche Anordnung von Objekten zustande, bei der ähnliche durch kleine und unähnliche durch große Punktabstände gekennzeichnet sind. Borg (2000) spricht dann von der Lösung des MDS-Problems, wenn eine Konstellation von Punkten entsteht, deren Distanzen (Abstände) die Ähnlichkeits- oder Unähnlichkeitsdaten optimal repräsentiert, d. h. sie entspricht der subjektiven Empfindung möglichst gut. Eine solche End-Konstellation wird als Konfiguration bezeichnet und bildet die Grundlage für die Deutung der Objektbeziehungen und damit des subjektiven Wahrnehmungsraums. Denn um den explorativen Charakter zu gewährleisten, bleibt es zuvor unbestimmt, worauf sich die (Un-)Ähnlichkeit bezieht. Borg et al. (2010) zitieren Wish und Kruskal<sup>7</sup>, die diesen Ansatz in den 1970er Jahren mit dem Ziel verfolgten, die Dimensionen der Wahrnehmung auszuloten: „There were no instructions concerning the characteristics on which these similarity judgements were to be made; this was information to discover rather than to impose“ (S. 8).

---

<sup>7</sup> Kruskal, J. C., Wish, M. (1978). *Multidimensional scaling*. (p. 30). Beverly Hills, CA: Sage

### 3.2.1 Ablauf der MDS

Die MDS folgt einem bestimmten Ablauf (hier nach Backhaus et al (2006)).

#### (1) Messung von Unähnlichkeiten

Die Beurteilung der Objekte (gemeint sind hier die Probanden) durch die wahrnehmenden Personen geschieht im beschriebenen Projekt über ein Rating-Verfahren. Die Probanden werden paarweise hinsichtlich ihrer Unähnlichkeit verglichen, mit Rangwerten belegt und auf einer Skala angekreuzt (s. Kapitel 4.4 Datenerhebung durch die Pflegenden).

Insgesamt entstehen bei  $n$  Objekten  $\frac{n \cdot [n-1]}{2}$  Urteile (Messungen) pro Person. Da die Input-Daten ordinalskaliert sind, werden sie durch das Verfahren der Nonmetrischen MDS transformiert.

#### (2) Wahl des Distanzmodells

Borg et al (2010) beschreiben Distanzen ( $\mathbf{d}$ ) als „Abbildungen, die den Paaren  $(i, j)$  einer Menge von Objekten [...] reelle Zahlenwerte zuweisen“ (S. 10). Die entsprechenden Distanzfunktionen sind durch drei Eigenschaften gekennzeichnet (ebd.):

- a) Selbstdistanz ist Null:  $\mathbf{d}_{ii} = 0$
- b) Distanzwerte sind positiv:  $\mathbf{d}_{ij} \geq 0$
- c) Symmetrie:  $\mathbf{d}_{ij} = \mathbf{d}_{ji}$

Um Unähnlichkeiten durch Distanzen darstellen zu können, ist bei explorativen Verfahren die euklidische Metrik das geeignete Distanzmaß, da die Abstände luftlinienmäßig von Punkt zu Punkt gemessen werden und sie der natürlichen räumlichen Wahrnehmung entspricht (Borg, 2000, S. 8).

#### (3) Ermittlung der Konfiguration

Die Konfiguration soll verschiedene Bedingungen erfüllen und bestimmten Erwartungen genügen.

Die Dimensionalität, in der sich die Konfiguration entfaltet, soll möglichst niedrig sein, aber gleichzeitig hoch genug, damit eine sinnvolle Deutung erfolgen kann. Um eine monotone Transformation zu erreichen, müssen sich die Rangfolgen der Unähnlichkeiten ( $\mathbf{u}$ ) in den Rangfolgen der Distanzen wiederfinden, so dass gilt: wenn  $\mathbf{u}_{kl} > \mathbf{u}_{ij}$ , dann  $\mathbf{d}_{kl} > \mathbf{d}_{ij}$ . Werden die Punkte in der grafischen Darstellung verbunden, entsteht idealtypisch ein monoton steigender Verlauf (Backhaus et al, 2006, S. 636).

Die MDS beginnt mit einer beliebigen Startkonfiguration und verschiebt die Punkte iterativ (schrittweise) entlang des 2-Phasen MDS-Algorithmus (Abbildung 1), bis eine möglichst optimale Lösung gefunden ist (Borg et al, 2010,

S. 70). Mit Hilfe des SMACOF-Verfahrens<sup>8</sup> kann die erste Phase, die Borg et al (ebd.) als die kompliziertere beschreiben, optimiert werden. Für die zweite Phase wird die monotone Regression eingesetzt.

Es ist denkbar, dass sich die Rangfolgen von Unähnlichkeiten und Distanzen nicht 1:1 transformieren lassen. Deshalb wird im Optimierungsprozess der o. g. Monotoniebedingung durch Hinzuziehen einer weiteren Größe, den Disparitäten ( $\hat{d}$ ), entsprochen.

„Es handelt sich dabei um Zahlen, die von den Distanzen möglichst wenig abweichen sollen (im Sinne des Kleinstquadratkriteriums) und die die folgende Bedingung erfüllen müssen:

wenn  $u_{kl} > u_{ij}$ , dann  $\hat{d}_{kl} \geq \hat{d}_{ij}$ “ (Backhaus et al, 2006, S. 637).

Disparitäten erzeugen durch die Bildung von Mittelwerten zwischen zwei nicht-monotonen Paaren eine schwach monotone Transformation. Diese ‚Anpassung‘ ist bei der Nonmetrischen MDS insofern legitim, da die Rangordnung gewahrt bleibt und das Eindeutigkeitsproblem im ordinalen Sinn nicht verletzt wird.

---

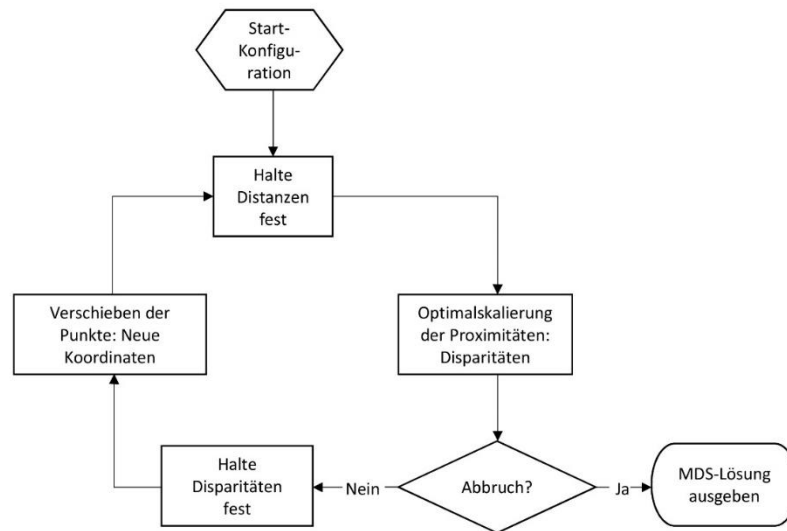
<sup>8</sup> SMACOF bedeutet ‚Scaling by MAjorizing a COmplicated Function‘ und bewirkt eine mathematische Vereinfachung des Optimierungsprozesses. Das Verfahren wurde von Jan de Leeuw 1977 entwickelt.

Für weitere Details verweist Borg (2010) auf:

de Leeuw, Jan, Mair. (2009). Multidimensional scaling using majorization: SMACOF in R. *Journal of Statistical Software*, 31(3), 1-30.

Borg, Ingwer, Groenen, Patrick, J. F. (2005). *Modern multidimensional scaling* (2. Aufl.). New York: Springer.

In der Masterthesis von Johannes Bergmann (2015), der ein ähnliches Projekt wie das beschriebene betreut hat, kann das Grundprinzip der Majorisierung nachgelesen werden (S. 18).



**Abbildung 1: Prinzipien des 2-Phasen MDS-Algorithmus (nach Borg et al (2010), S. 70)**

#### (4) Zahl und Interpretation der Dimensionen

Die Zahl der Dimensionen bestimmt sich

- nach der praktischen Anwendbarkeit, wonach sich zwei oder drei Dimensionen grafisch darstellen und visuell wahrnehmen lassen
- nach der sinnvollen Deutbarkeit der Grafik, inwieweit die Konfiguration und ihre Dimensionen empirisch nachvollzogen werden können, um so die Validität zu stützen
- nach der Anzahl der Objekte, die Backhaus et al (2006) mit  $n = 9$  als minimale Anzahl für zwei Dimensionen und  $n = 13$  als minimale Anzahl für drei Dimensionen angeben (S. 346), damit die MDS überhaupt durchgeführt werden kann.

Die Nonmetrische MDS nimmt eine Anhebung des Skalenniveaus vor, indem die ordinalen Rating-Daten (Inputdaten) in intervallskalierte Distanzwerte (Outputdaten) transformiert werden. Anhand des Datenverdichtungskoeffizienten  $Q$  lässt sich die Anzahl der Dimensionen festlegen, die durch die Anzahl der Objekte bestimmt wird:

$$Q = \frac{K(K - 1) / 2}{K \cdot R}$$

mit

$K$	:	Anzahl der Objekte
$R$	:	Anzahl der Dimensionen
$K(K - 1) / 2$	:	Anzahl der Unähnlichkeiten (Inputdaten)
$K \cdot R$	:	Anzahl der Koordinaten (Outputdaten)

Backhaus et al empfehlen  $Q \geq 2$  als Bedingung zur Erzielung einer stabilen Lösung (ebd.).

#### (5) Aggregation von Personen

Im beschriebenen Projekt wird für die beurteilenden Personen eine gemeinsame Konfiguration ermittelt aufgrund einer gemeinsamen Analyse der Unähnlichkeitseinschätzungen. Von Interesse ist hier der kollektive Wahrnehmungsraum. Die aggregierten Daten der Konfiguration sind das Ergebnis aller erhobenen Rangwerte, die miteinander korrelieren. Diese Form der Aggregation wird auch replicated (abgleichende) MDS genannt.

### 3.2.2 Gütebestimmung der MDS

Zwei Gütekriterien dienen zur qualitativen Beurteilung der MDS-Lösung:

a) das Shepard-Diagramm und b) der Stress-Wert (s. Kapitel 4.5).

a) Aus dem Shepard-Diagramm ist abzulesen, wie sich der Zusammenhang von Data und Distanzen realisiert (werden die Punktabstände größer bei zunehmender Unähnlichkeit?). Die Distanzen stellen sich hier als Scatterplot (Punktewolke) dar. Diese verteilen sich entlang einer schwach monotonen Regressionslinie, deren Koordinaten aus den Unähnlichkeitswerten (x-Achse) und den Disparitäten (y-Achse) gebildet werden. Dabei wird der Verlust sichtbar, v. a. Ausreißer – das sind Datenwerte, die stark von der Regressionslinie abweichen, da sie schwer zu transformieren sind – treten deutlich hervor.

„This shows the optimal scaling [...] of the data, in this case the monotone transformation of the data that best fits the fitted model values. [...] We can plot the observed dissimilarities against the fitted distances, which gives us the scatterplot. The regression function fitted into this scatterplot shows how the dissimilarities and the approximated distances are related to each other. In nonmetric MDS, this function is a monotone step function; in metric MDS a line“ (De Leeuw, Mair, 2015, S. 1).

b) Der Verlust der MDS ist als Zusammenfassung der Residuen zu verstehen und lässt sich errechnen als Summe der quadrierten Abweichungen der Punkte von der Regressionslinie, die Borg (2000) zufolge in eine normierte Verlustfunktion überführt werden muss<sup>9</sup>. Diese wird als Stress-Funktion be-

---

<sup>9</sup> „Um den Rohverlust vom Maßstab der Konfiguration unabhängig zu machen, dividiert man ihn durch die Summe der quadrierten Distanzen. Weil dieses Verhältnis in der Anwendung zu numerisch recht ähnlichen Werten nahe Null führt, zieht man schließlich die Wurzel. Das macht die Koeffizienten leichter unterscheidbar“ (Borg, 2000, S. 5).

zeichnet (Standardized residual sum of squares) und liefert einen Koeffizienten, der als zweites Kriterium die Güte der MDS-Lösung bestimmt, der Stress-Wert.

$$\text{Stress} = \sqrt{\frac{\sum_{i < j} (d_{ij} - \hat{d}_{ij})^2}{\sum_{i < j} d_{ij}^2}}$$

Je näher dieser Wert an Null heranreicht, desto besser vermögen die Distanzen die Daten wiederzugeben (S. 5 f). Das Smacof-Verfahren bewirkt die Minimierung des Stress-Wertes, d. h. der 2-Phasen MDS-Algorithmus wird so lange durchgeführt, bis ein möglichst niedriger Wert erreicht und die optimale Lösung gefunden ist. Niedrige Stress-Werte indizieren, dass sich die Distanzen bzw. die Disparitäten gut verändern lassen (Borg et al, 2010, S. 70).

Kruskal führte die Stress-Funktion in den 1960er Jahren ein und schlug Grenzwerte für die Beurteilung des Stress-Maßes und damit der Anpassungsgüte für die MDS-Lösung vor<sup>10</sup>. Dazu gibt Borg (2000) zu bedenken:

- a) Es gibt keine obere Schranke von Stress; sicher ist nur, dass er deutlich unter 1 liegt (S. 6).
- b) Der empirische Stress-Wert sollte weitaus niedriger sein als der Stress-Wert von Zufallsdaten (ebd.).
- c) Ein höherer Stress-Wert bedeutet nicht zwangsläufig eine schlechtere MDS-Lösung. Denn alle Residuen werden gleich aufsummiert, obwohl sich nicht alle Datenwerte gleich gut durch die Konfiguration repräsentieren lassen wie z. B. Ausreißer (S. 7).
- d) Ein Stress-Wert von Null könnte einerseits auf eine perfekte Lösung und andererseits auf eine degenerierte Lösung hinweisen. Deshalb ist bei der Bewertung der MDS-Lösung immer auch das Shepard-Diagramm hinzuzuziehen (S. 18). Eine Degeneration ist an einer sehr starken Stufung der Regressionslinie erkennbar (S. 9).

Die Berechnung des Stress-Koeffizienten unterliegt verschiedenen Voraussetzungen. Der Wert sinkt bei geringerer Anzahl der Objekte  $n$ , bei höherer Anzahl der Dimensionen, bei höherer Anzahl von gleichen Datenwerten (Ties) und beim Einsatz der Nonmetrischen MDS (Borg et al, 2010, S. 21 f).

---

<sup>10</sup> Joseph B. Kruskal führte zwei Stress-Berechnungen ein. Die hier aufgeführten Angaben beziehen sich auf den Stress-1-Koeffizienten:

> 0,2 (schlecht), 0,1 (ausreichend), 0,05 (gut), 0,02 (ausgezeichnet), 0 (perfekt)

Borg (2000) verweist auf: Kruskal, Joseph B., Wish, Myron. (1978). *Multidimensional scaling*. (p. 30). Beverly Hills, CA: Sage.

Insofern ist es erforderlich, die MDS-Lösung pragmatisch anzugehen und sie auch im Hinblick auf sinnvolle Strukturen der Konfiguration und auf nachvollziehbare inhaltlich-theoretische Implikationen zu beurteilen (Borg, 2000, S. 18).

### 3.3 Begründung des Einsatzes der MDS

Für eine Untersuchung, die auf die Generierung von Theorien abzielt, eignet sich die explorative MDS v. a. deshalb, weil sie ohne Vorannahmen auskommt. Sie ist aber imstande, empirisches Material zu operationalisieren. Während des Ratingverfahrens speisen die Pflegenden ihre individuellen Wahrnehmungsräume durch die Skalierung mit ein. Die MDS dient dabei als Werkzeug, diese einzelnen Wahrnehmungen zu überführen und sie als Gruppen-Konfiguration zu visualisieren. Wie Borg et al (2010) bereits treffend feststellen, ist eine bildliche Darstellung zugänglicher für die Deutung (S. 3) der psychologischen Dokumente der Pflegenden durch die Pflegenden selbst. Die MDS bietet also für dieses Projekt die grundlegenden Daten, um überhaupt Aussagen über ‚Pflegebedürftigkeit‘ entfalten zu können. Diese (visualisierten) Daten sind als ‚Schnittstelle‘ für ergänzende Verfahren anzusehen.

Bei der Aggregation der Gruppendaten wird die Homogenität der Gruppe vorausgesetzt, was durch die berufliche Tätigkeit in einem Team anzunehmen ist. Um dennoch Beurteilungskriterien der einzelnen Personen herauszustellen, wird das INDSCAL-Modell der MDS angewendet, das die individuellen Gewichtungen berechnen kann. So lässt sich feststellen, welche Dimension für die jeweilige Person am wichtigsten ist (*s. Kapitel 5.4 Auswertung der individuellen Gewichtungen der Pflegenden*).

Aus praktischen Erwägungen ist der Einsatz der MDS auch deshalb geeignet, weil sie mit einer Heuristik arbeitet (das Vergleichen von Objekten), die auch im Alltag Anwendung findet. Deshalb ist es für die Pflegenden zumutbar und leicht durchführbar.

### 3.4 Einführung in das Verfahren der Gruppendiskussion

Die Gruppendiskussion ist ein qualitatives Verfahren, das in der erziehungs- und sozialwissenschaftlichen Forschung eingesetzt wird. Ursprünglich als ökonomische Form zur Erhebung von Einzelmeinungen in einem Gruppenverband für die Konsum- und Marktforschung angelegt (survey sampling approach, Loss, Schäffer, 2001, S. 16), sind in der methodologischen Entwicklung inzwischen Qualitäten herausgearbeitet worden, die erst die Konstellationen von (Klein-) Gruppen hervorzubringen vermögen. Damit eignet sich



die Methode für Gegenstände, die primär kollektiv und nicht individuell konstituiert und „nur in ihrer Eingebundenheit in kollektive Strukturen zu erfassen sind“ (Loos, Schäffer, 2001, S. 9).

Von kollektiven Strukturen kann aber nur dann ausgegangen werden, wenn Gemeinsamkeiten innerhalb der Gruppe bestehen. Deshalb hat es sich als sinnvoll erwiesen mit Realgruppen zu arbeiten, also mit Personen, die auch außerhalb der Erhebungssituation durch bestimmte Zugehörigkeiten miteinander verbunden sind wie beispielsweise eine Berufsgruppe (Loos, Schäffer, 2001, S. 13).

Zentral ist hierbei der konjunktive Erfahrungsraum<sup>11</sup>, der eine bestimmte Qualität von Wissen ausdrückt, über den nur Realgruppen verfügen. Bohnsack (2006) unterscheidet kommunikatives Wissen von konjunktivem Wissen. Während das kommunikative Wissen ein öffentliches Wissen meint, dessen Bedeutung allgemein zugänglich ist, charakterisiert das konjunktive Wissen eine Bedeutung im je spezifischen Erfahrungsraum, der nicht allgemein zugänglich ist, sondern nur für diejenigen, die diesen Erfahrungsraum teilen (S. 278). „Dieser Erfahrungsraum verbindet diejenigen, die an den in ihm gegebenen Wissen- und Bedeutungsstrukturen teilhaben“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2014, S. 91). Daraus generieren sich alltägliche Praxis, Interaktion, gegenseitiges Verstehen und Gemeinsamkeit (ebd.) der je spezifischen Gruppe. Sie ist das Forum, in dem diese Ebene des Kollektiven erst zum Ausdruck kommen kann.

In der Gruppendiskussion wird der Impuls für das Gespräch von außen (durch die Diskussionsleitung) gesetzt. Dabei wird ein Gesprächsstimulus ausgewählt, der imstande ist, kollektive Orientierungen (Bohnsack) des konjunktiven Erfahrungsraums im Kommunikationsprozess hervorzubringen. Nach Loos und Schäffer (2001) wird dabei nicht allein diskutiert im Sinne eines Austauschs von Argumenten, sondern ebenso handlungsbezogen erzählt, gemeinsam erinnert und es werden Beschreibungen wechselseitig ergänzt, so wie es auch in einer Gesprächssituation im Alltag geschieht (S. 13). Um Zugang zu den Wissensbeständen in ihrer kommunikativen Vielfalt auch in einer ‚künstlichen‘ Erhebungssituation zu erhalten, sollte die Gruppendiskussion möglichst wie ein natürliches Gespräch verlaufen.

„Kollektive Orientierungen bzw. kollektives Wissen lassen sich nur auf der Basis der wechselseitigen Bezugnahmen der Teilnehmerinnen analysieren. Dazu muss eine gewisse Selbstläufigkeit der Diskussion gegeben sein; die

---

<sup>11</sup> Dieser Begriff wurde von Karl Mannheim entwickelt und meint eine Ebene des Kollektiven, die durch strukturidentische Erfahrungen entsteht (Loos, Schäffer, 2001, S. 27 f).

Teilnehmerinnen müssen zumindest phasenweise ohne Eingriffe der Forscher miteinander sprechen können“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2014, S. 92).

Die Methode ‚Gruppendiskussion‘ umfasst zwei Diskursebenen, zum einen zwischen der forschenden Person und der Gruppe und zum anderen zwischen den Gruppenmitgliedern untereinander (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2014, S. 96). Der Diskussionsleitung kommen bei der Durchführung besondere Aufgaben zu, die die Selbstläufigkeit des Gesprächs fördern. Deshalb sollte ihr bewusst sein, dass sie zwischen den Ebenen pendeln muss, indem sie „ein Gespräch initiiert, ohne es nachhaltig zu strukturieren.“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2014, S. 97). Aus der Konversationsanalyse wurden für Gruppendiskussionen die nachfolgenden Prinzipien abgeleitet (ebd.), um für die erforderliche Selbstläufigkeit des Gesprächs günstige Bedingungen zu schaffen.

Die Gruppe wird von der Diskussionsleitung immer als Ganze angesprochen, sowohl verbal als auch durch Blickkontakt. Dadurch wird der klassischen Moderatoren Aufgabe entgegengewirkt, die ‚Rederechte‘ quasi zu verteilen. Die Leitung zeigt Interesse, hält sich aber weitgehend zurück, so dass die Richtung des Gesprächs sowie die Gesprächsdynamik hauptsächlich von den Teilnehmenden bestimmt werden können. Ebenso wird es der Gruppe überlassen, wie weit ein Thema vertieft und wann die Diskussion abgeschlossen wird. Fragen und Themen werden so formuliert, dass sie detaillierte Beschreibungen evozieren, d. h. sie werden offengehalten oder als Fragereihungen angeboten. Eine demonstrative Vagheit bei der Fragestellung unterstreicht die (mehr oder weniger) Fremdheit der Diskussionsleitung gegenüber dem Phänomen (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2014, S. 97 ff) und lässt den Teilnehmenden Raum für ihre Expertise.

Für einen gelingenden Anlauf haben sich gemäß Przyborski, Wohlrab-Sahr (2009, 2014) und Loos, Schäffer (2001) die nachfolgend aufgeführten Prinzipien bewährt:

Um eine informelle Gesprächssituation entstehen zu lassen und die Künstlichkeit der Erhebung abzumildern, können die Teilnehmenden den Raum schon bei der Vorbereitung betreten. In der Eröffnungsphase erklärt die Leitung, wie man sich den Ablauf der Diskussion vorstellen kann.

Da die Gruppendiskussion akustisch oder audiovisuell aufgezeichnet wird, spricht die Leitung zuvor die ungewohnte Gesprächssituation an. Daraufhin entscheiden die Gesprächspartner, wann das Aufnahmegerät eingeschaltet wird.

Der Eingangsimpuls soll alle Teilnehmenden ansprechen. Werden visuelle Medien eingesetzt, ist es hilfreich, die Teilnehmenden darum zu bitten, das

Gesehene kurz zu beschreiben. Durch kurze, bestätigende Äußerungen der Leitung werden die Gesprächspartner in der Anlaufphase ermutigt.

So genannte ‚Schweiger‘ werden gelassen. Sich gezielt an sie zu wenden würde den Grundsätzen der ‚Nicht-Moderation‘ widersprechen und könnte sich hemmend auf die ‚Live-Situation‘ auswirken. Sollte das Gespräch abebben oder ganz erliegen, stellt die Leitung immanente Fragen. Sie legt im Vorfeld eine Liste an, um Nachfrageimpulse vorzubereiten. Diese wird eingepägt und ist nicht wie im Moderatorenstil als Karteikarte zur Hand. Hier ist es sinnvoll, als Stütze Fragemodelle und Komponenten des Erkenntnisinteresses zu formulieren.

Zum Ende hin soll eine direktive Phase angeschlossen werden, in der die Leitung exmanente Fragen stellen kann, die dem Erkenntnisinteresse dienen. Danach werden die Teilnehmenden gebeten, noch offen gebliebene Fragen oder Anliegen zu formulieren. Daraufhin wird die Diskussion abgeschlossen und die Aufnahme beendet.

Nach der Erhebung fertigt die Diskussionsleitung möglichst zeitnah ein Postskriptum an, das die konkrete Gesprächssituation dokumentiert. Hier können u. a. die Sitzpositionen der Teilnehmenden sowie Besonderheiten von Sprechweisen, Sprechdynamik, Akzente und prägnante Beiträge festgehalten werden.

Die akustischen Aufnahmen werden entlang festgelegter Regeln transkribiert. Das daraus entstehende schriftliche Dokument bildet die Grundlage für den weiteren Forschungsprozess.

### 3.5 Begründung des Einsatzes der Gruppendiskussion

Gruppendiskussionen eignen sich als Ergänzung zu anderen Verfahren, um einen triangulativen Zugang zum Forschungsgegenstand zu erhalten. Im vorliegenden Projekt ist die Konfiguration der MDS das Ausgangsmaterial, das es zu evaluieren gilt. Die visualisierten Daten sind nicht per se sinnvoll, sondern erst, wenn die Datenproduzenten (die Pflegenden) der räumlichen Anordnung eine inhaltliche Bestimmung und Bezogenheit geben. Die Gruppendiskussion verspricht die impliziten Sinnhorizonte offen zu legen, die den konjunktiven Erfahrungsraum ‚Pflege in einer Geriatrische Rehabilitationsklinik‘ prägen. Dabei zeigen sich die Ausgestaltung und der Grad der gemeinsamen Kohärenz (Sinn) und Konsistenz (Zusammensetzung) der Pflegenden hinsichtlich ihres pflegefachlichen Verständnisses. Die Methode vermag Aspekte zu entfalten, die dem Selbstverständnis pflegerischer Arbeit zugrunde liegen und möglicherweise bislang nicht in bestehende Pflegebedürftigkeitskonzeptionen aufgenommen wurden.

Die Auswahl der Teilnehmenden ergibt sich aus dem Setting und dem grundlegenden Forschungsinteresse, aus der Expertise der pflegenden Berufsgruppe Erkenntnisse zu gewinnen. Die angedachte Größe von fünf oder sechs Personen ist geeignet, um ein selbstläufiges Gespräch entstehen zu lassen, bei dem alle die Chance haben, zu Wort zu kommen, selbst wenn es dynamische und weniger dynamische Redner geben wird. Für die Anfertigung eines Transkripts ist diese Gruppenstärke handhabbar.

## 4 Empirischer Teil

### 4.1 Das Setting

Die empirischen Erhebungen der Forschungsarbeit werden in einer Klinik für Geriatrische Rehabilitation durchgeführt, bei der sowohl die Pflegenden als auch die Patienten eine Rolle spielen. Die Vorteile dieses Settings bestehen:

- a) in den heterogenen Eigenschaften geriatrischer Patienten, bei denen aufgrund von Multimorbidität und einem weiten Spektrum von Akuterkrankungen mit einer großen Varianz von pflegerischen Herausforderungen zu rechnen ist
- b) in der Homogenität der Patientengruppe bezüglich des Ziels der Wiedererlangung, der Stabilisierung oder der Verbesserung der Alltagskompetenz, da davon ausgegangen werden kann, dass dieses Ziel in die Beurteilung der Pflegenden miteinfließen wird
- c) in der Gruppenstärke, denn es müssen mindestens 13 Patienten gleicher Disziplin teilnehmen, um das Verfahren der MDS einsetzen zu können (s. Kapitel 3.2.1, Absatz ‚Zahl und Interpretationen der Dimensionen‘); diese Gruppenstärke ist in der Fachklinik zu erreichen
- d) in ihrer Verweildauer von ca. drei Wochen, so sind die Patienten während des geplanten Erhebungs- und Interpretationsprozesses noch anwesend bzw. von den Pflegenden gut erreichbar.

Die geriatrische Einrichtung und die mitwirkende Pflegestation sind mir (Projektleitung) durch ein früheres Dienstverhältnis vertraut. Alle leitenden Personen des Pflegedienstes der Klinik zeigen sich dem Projekt gegenüber aufgeschlossen und versichern Unterstützungsbereitschaft. Die Zustimmung der Mitarbeitervertretung wurde eingeholt.

### 4.2 Ethische Grundsätze für die Teilnahme an Forschungsprojekten

*„Weil aber das Sein der Person das Haben des Lebens ist, steht es keinem Menschen zu, über einen anderen Menschen so zu verfügen, dass dieser nur als Teil eines Kontextes behandelt wird [...].“ Robert Spaemann<sup>12</sup>*

Menschenwürde und Menschenrechte sind Prinzipien, die kategorische Geltung haben. In den jeweiligen Situationen muss entschieden werden, wie

---

<sup>12</sup> Spaemann, Robert (2006). Personen. Versuche über den Unterschied zwischen ‚etwas‘ und ‚jemand‘ (3. Aufl.). Stuttgart: Klett – Cotta, S. 137).

diese Grundrechte gewahrt werden können. Das gilt auch für die Forschung, die, nach Schnell und Heinritz (2006), als menschliches und mitmenschliches Tun mit ethischen Implikationen verstanden wird (S. 20). Das bedeutet, dass außer der Gewinnung von sachbezogenen Daten, der Mensch, der zu diesen Daten beiträgt zu (be-)achten ist.

„Forschungsethik befasst sich mit der Frage, welche ethisch relevanten Einflüsse die Intervention eines Forschers den Menschen zumuten könnte, mit oder an denen der Forscher forscht. Sie befasst sich zudem mit den Maßnahmen, die zum Schutz der an der Forschung teilnehmenden Personen unternommen werden sollen, sofern diese als notwendig erscheint“ (Schnell, Heinritz, 2006, S. 17).

Ein zentraler Aspekt stellt die potenzielle Vulnerabilität der mitwirkenden Person dar, die entweder durch ihre Disposition von vornherein gegeben ist oder durch die Intervention verursacht wird. Diese findet durch drei grundlegende Bestimmungen eine angemessene Berücksichtigung (Schnell, Heinritz, 2006, S. 15):

- (1) die Freiwilligkeit der Teilnahme
- (2) die Vermeidung von Verletzung und Schaden
- (3) Vertraulichkeit und Datenschutz

In acht Punkten werden die forschungsethischen Prinzipien ausdifferenziert<sup>13</sup>.

Die Dispositionen der teilnehmenden Personen lassen sich im Vorfeld wie folgt einschätzen:

Gemäß Schnell und Heinritz (2006) nehmen die Pflegenden im Forschungsprozess eine doppelte Rolle ein: zum einen produzieren sie selbst Daten und zum anderen werden sie als Experten des Forschungsgegenstands ausgewiesen, deren Wissen es aufzudecken gilt (S. 12). Bei den Pflegenden handelt es

---

<sup>13</sup> Prinzip 1: Der Forscher muss begründen können, warum zu seinem Thema Forschung überhaupt notwendig ist. Prinzip 2: Der Forscher muss erklären können, was das Ziel seiner Forschung ist und unter welchen Umständen die Probanden an ihm mitwirken. Prinzip 3: Der Forscher muss das methodische Vorgehen seines Vorhabens explizieren können. Prinzip 4: Der Forscher muss einschätzen können, ob seine Forschungstätigkeit ethisch relevante positive oder negative Folgen für den Probanden hat. Prinzip 5: Der Forscher muss vor der Realisierung seines Vorhabens die durch eine Realisierung möglicherweise auftretenden Verletzungen und Schäden abschätzen. Prinzip 6: Der Forscher muss abschätzen, welche Folgen das Forschungsvorhaben für den/die Probanden möglich sind. Prinzip 7: Der Forscher darf keine falschen Aussagen über den Nutzen seiner Forschung abgeben. Prinzip 8: Der Forscher muss die geltenden Datenschutzbestimmungen beachten (Schnell, Heinritz, 2006, S. 21 ff).

sich nicht um vulnerable Personen, da sie durch die Bereitstellung ihrer Expertise keinen Schaden nehmen. Es ist anzunehmen, dass die individuelle Herangehensweise die einzelne Pflegekraft in einem bestimmten Maß berührt. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass die Pflegenden über eine professionelle Emotionalität verfügen, die keiner fachkundigen Hilfe bedarf (S. 27 f).

Die geriatrischen Patienten sind sehr wohl vulnerabel durch das Alter, die Multimorbidität und v. a. durch den Zustand nach einer akuten Erkrankung mit ihren Folgen für die Lebensqualität und die Lebensführung. Da die Patienten jedoch als indirekt Teilnehmende keiner Intervention unterzogen werden, sondern ihre aktuelle Lebenssituation im klinischen Setting eine exemplarische Bedeutung im Forschungsprozess hat, kann davon ausgegangen werden, dass ihre Integrität durch die Teilnahme unversehrt bleibt. Gleichwohl muss ihre informierte Zustimmung als Akt bewusster Entscheidung eingeholt und müssen ihre genutzten Daten geschützt werden. Die Maßnahmen, die die Autonomie und die Anonymität der Probanden aus beiden Gruppen wahren, sind in Kapitel 4.3 aufgeführt.

#### 4.3 Die direkt und indirekt Teilnehmenden

Becker et al. (2007) erwarten bei der Konzeption eines Pflegebedürftigkeitsbegriffes

„dass alle relevanten Zustände und Bedarfe im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit von ihnen selbst, den beteiligten Berufsgruppen, Einrichtungen und Diensten, Beratungsinstitutionen und auch den Kostenträgern wahrgenommen werden“ (S. 1).

In dieser Hinsicht werden Personen aus der professionellen Pflege und Personen, die in einer konkreten Lebenssituation pflegerische Unterstützung benötigen für das explorative Verfahren gewonnen.

Die einführenden Informationen für das Forschungsprojekt erhalten die Pflegenden im Sozialraum der Station nach der Übergabe vom Frühdienst zum Spätdienst. Das hat den Vorteil, dass möglichst viele Pflegekräfte anwesend sind. Zunächst wird in einem Gespräch das übergeordnete Forschungsziel - die Entwicklung theoretischer Kriterien für einen Pflegebedürftigkeitsbegriff – offengelegt und der Sinn der explorativen Herangehensweise herausgestellt. Das Projekt möchte die Pflegekräfte mit ihrer Expertise aus der Praxis am Prozess der Entwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes beteiligen.

Die Pflegenden erhalten eine mündliche Erläuterung sowie eine schriftliche Übersicht über den genauen Ablauf der empirischen Erhebung (*Anhang 1*). Ebenso werden das Erhebungsinstrument (*Anhang 2*) und das Formular für die Patientenpseudonyme (*Anhang 3*) vergrößert als Tischvorlagen ausgegeben und vorgestellt. Weiterhin erhalten die Pflegenden Hinweise über die Bedeutung der jeweiligen Einverständniserklärungen für die direkt und indirekt Teilnehmenden. Darin wird zugesichert, dass der Umgang mit den Daten eine Verbindung zu den mitwirkenden Personen ausschließt. Gemeinsam wird über mündliche Formulierungen nachgedacht, die das Projekt patientengerecht vorzustellen vermögen. Bei diesem Aspekt wird von Seiten der Pflegenden angemerkt, dass die Bereitschaft potenzieller Probanden sich an einem Vorhaben zu beteiligen, das nicht dem unmittelbaren eigenen Nutzen dient (beispielsweise bei einer praktischen Prüfung von PflegeschülerInnen), im Vergleich zu früheren Jahren abgenommen hat oder vermehrt kritisch betrachtet wird.

Die Pflegenden haben während dieser Einführung die Möglichkeit, ihre Fragen zu stellen und ihre Anmerkungen mitzuteilen. Darüber hinaus wird der Station eine Mappe zur Verfügung gestellt, die alle Informationen, Erklärungen, Erhebungsbögen und Formulare (*Anhänge 1 bis 5*) sowie die Kontaktdaten der Projektleitung enthält. Dies ist insofern wichtig, da nicht alle Pflegekräfte anwesend sind und sich im Nachhinein noch Informationsbedarf ergeben könnte. Des Weiteren erhalten die Pflegenden die Zusicherung der Pflegedirektion, dass die Projektzeit als Dienstzeit anerkannt wird.

Insgesamt ist eine motivierte Haltung bei den Pflegenden festzustellen. Dies begründen die Professionellen damit, dass das Projekt sich von den Alltagsroutinen unterscheidet („Es ist mal was Anderes.“ O-Ton). Außerdem empfinden sie es als Wertschätzung, dass ihrer Expertise eine große Bedeutung in einem Forschungsprozess beigemessen wird. Im informellen Teil des Gesprächs kommt zum Ausdruck, dass es zur Erfahrung des beruflichen Alltags gehört, dass sich die Pflegenden eher als Empfänger von Pflegebedürftigkeitskonzeptionen und damit verbundenen Bedingungen (z. B. Assessmentinstrumente, Personalbemessung) begreifen und weniger als Gestalter. Dabei seien es die praktisch Pflegenden, die früh erkennen, wenn die ‚Passung‘ zwischen Konzeption und Realität ungeeignet ist<sup>14</sup>.

Die teilnehmende Pflegestation übernimmt die Rekrutierung sowohl der Pflegenden als auch der Patienten in Eigenregie. Neben dem Interesse, an

---

<sup>14</sup> Die Pflegekräfte stimmen darin überein, dass Zeit als Indikator für ein Pflegebedürftigkeitsmaß nicht sinnvoll ist. Beispielsweise kann die vollständige Übernahme einer Pflegehandlung durch die Pflegenden weniger Zeit in Anspruch nehmen als die Assistenz bei teilweise erhaltenen Selbstpflegekompetenzen. Auch kann die gleiche Art von Assistenz individuell unterschiedlich lange Zeitspannen erfordern.



einem Forschungsprojekt teilzunehmen spielen bei der Auswahl der Pflegenden auch praktische Erwägungen eine Rolle. Demnach sollen Vollzeitkräfte oder Teilzeitkräfte mit hohem Stundenumfang mitwirken, damit gewährleistet ist, dass alle teilnehmenden Patienten von allen teilnehmenden Pflegekräften über einen längeren Zeitraum betreut werden.

Zur Rekrutierung der Patienten wird ein Datum festgelegt. Ab diesem Termin werden alle Neuaufnahmen, die ihre Zustimmung für die Teilnahme am Projekt geben, hinzugezogen, bis eine Stichprobengröße von 14 Personen erreicht ist.

Am Forschungsprozess nehmen fünf Pflegekräfte teil. Sie erklären sich freiwillig bereit, Patienten in einem vergleichenden Verfahren aus pflegfachlicher Sicht einzuschätzen und bestätigen dies durch die schriftliche Einverständniserklärung zur Mitwirkung am pflegewissenschaftlichen Forschungsprojekt (*Anhang 5*).

Durch die Einverständniserklärung zur Datenerhebung und Datenauswertung (*Anhang 4*) sichern die Patienten ihre Teilnahme schriftlich zu. Sie beteiligen sich nur indirekt, indem sie zulassen, dass die betreuenden Pflegekräfte sie zu wissenschaftlichen Zwecken aus pflegfachlicher Sicht einschätzen. Die Informationen über den Umfang und den Zweck der Teilnahme erhalten die indirekten Probanden in einem Gespräch mit den betreuenden Pflegekräften<sup>15</sup>.

Alle Beteiligten werden mit Codes versehen, damit die Persönlichkeit geschützt bleibt. Die fünf Pflegenden werden mit den Pseudonymen P01 bis P05 und die Patienten mit den Pseudonymen A01 bis A07 und B01 bis B07 (zur besseren Unterscheidbarkeit im Vergleichsprozess) bezeichnet.

Die Anonymität bleibt gewahrt, indem nach Abschluss des Projekts alle Dokumente vernichtet werden, die die direkten wie indirekten Probanden identifizieren können.

In den darauffolgenden Wochen führt die Projektleitung mehrere Betreuungsbesuche und begleitende Gespräche durch und trifft neue Terminabsprachen. Der vereinbarte Zeitrahmen erweist sich als realistisch.

---

<sup>15</sup> Die Formulierung beider Einverständniserklärungen orientiert sich an den Vorschlägen  
a) für eine Einverständniserklärung zum Interview und einer Einverständniserklärung zur Datenübergabe, Universität Bremen  
b) für eine Einverständniserklärung der Universität Wien, Fakultät für Sozialwissenschaften, Institut für Pflegewissenschaft  
c) für die Einverständniserklärung zur Mitwirkung an der pflegewissenschaftlichen Studie, Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V.

#### 4.4 Die Datenerhebung durch die Pflegenden

Jede teilnehmende Pflegekraft wird alle Probanden paarweise miteinander vergleichen hinsichtlich ihrer Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit aus pflegefachlicher Sicht (Heuristik). Die Urteile erfolgen je einzeln durch eine Pflegekraft. Diese dokumentiert die jeweiligen Einschätzungen in einem Erhebungsbogen durch Ankreuzen (*Anhang 2*). Die Einschätzungen erfolgen durch Punktevergabe von 1 bis 9:

- 1 bedeutet, die beiden Patienten sind sich sehr ähnlich (0 würde sich auf ein und dieselbe Person beziehen)
- 9 bedeutet, die beiden Patienten sind sich sehr unähnlich (bei 10 würden sich keinerlei Berührungspunkte aus pflegefachlicher Sicht finden lassen)

Insgesamt werden pro Pflegekraft 91 Einschätzungen vorgenommen, so dass 455 Urteile entstehen.

Bevor die einzelne Pflegekraft mit den Urteilen beginnt, reflektiert sie, was sie unter Pflegebedürftigkeit versteht und welche Kriterien dazu gehören. Mögliche leitende Fragen könnten lauten: Wie verstehe ich Pflegebedürftigkeit? Was gehört für mich zur Pflegebedürftigkeit? Diese individuellen Kriterien sollen dabei helfen, die Paarvergleiche durchgehend einheitlich anzustellen. Des Weiteren wird festgelegt, die Probanden am Ende ihres Klinikaufenthalts einzuschätzen, um den gesamten Verlauf der Rehabilitation gleichermaßen miteinzubeziehen.

Die Urteile werden nicht im Team vorgenommen, weil das a) möglicherweise die Vielfalt der individuellen Perspektiven mindern könnte und b) eine gemeinsame Systematik vorweggenommen und damit das explorative Moment geschmälert würde. Alle Inhalte der Patienten-Dokumentation können zur Einschätzung genutzt werden. Eine der Pflegekräfte hat ihr Kriterienraster nach Abschluss der Beurteilungen zur Verfügung gestellt (*Anhang 6*).

Um Unsicherheiten bei der einzelnen Erhebung vorzubeugen, wird den Pflegenden versichert, dass ihre hohe praktische Expertise die Richtschnur für die Bewertungen ist und es deshalb kein richtig oder falsch gibt. Alle Beurteilungen sind demnach wichtig und wissenschaftlich gleich relevant.

## 4.5 Datenanalyse anhand der MDS

Zur praktischen Durchführung der Datentransformation und -analyse kommt das frei zugängliche Statistikprogramm R <sup>16</sup> zum Einsatz. „R kann mittlerweile als Standard-Statistiksoftware aller wissenschaftlichen Disziplinen bezeichnet werden“ (Planer, 2014, S. 66). Dabei wird die grafische Benutzeroberfläche RStudio verwendet, da sie u. a. Skripte, Befehle, Packages und Grafiken gleichzeitig übersichtlich präsentiert. Die Packages ‚smacof‘, sowie ‚plot3d‘, ‚rgl‘ und ‚scatterplot3d‘ für die grafischen Transformationen werden geladen.

Nach der Datenerhebung durch die Pflegenden, werden zunächst die Rohdaten (Ratingwerte) in csv-Tabellen überführt, so dass fünf Datenmatrizen entstehen. Aus *Tabelle 1* ist abzulesen, dass eine Pflegekraft beispielsweise Proband A01 und Proband A02 eher unähnlich (Kennwert 7), A01 und A06 eher ähnlich (Kennwert 2) beurteilt hat (blaue Pfeile).

**Tabelle 1: Exemplarischer Ausschnitt aus einer Datenmatrix als csv-Tabelle**

A01	A02	A03	A04	A05	A06	A07	
	0	7	3	4	8	2	3
→	7	0	7	6	2	8	9
	3	7	0	4	7	3	6
	4	6	4	0	7	7	7
	8	2	7	7	0	8	8
→	2	8	3	7	8	0	7
	3	9	6	7	8	7	0
	6	7	7	4	5	7	7
	2	8	4	6	7	4	7
	3	5	5	6	6	6	7
	2	7	4	6	7	5	7
	3	7	5	6	7	5	4
	6	5	7	8	7	6	7
	2	4	4	6	8	5	6

Jede Datenmatrix wird einzeln eingelesen und als Zuordnungsobjekt (hier mit der Bezeichnung ‚Piggy‘) behandelt. Die Einzelmatrizen werden dann zu einer Liste zusammengeführt, die ebenfalls bezeichnet wird (hier mit der Bezeichnung ‚Kermit‘). Die MDS-Analyse mit dem Smacof-IndDiff-Modell kann mit dem Befehl in *Abbildung 2* erfolgen. Er gibt Auskunft über das Smacof-Modell sowie über die Voreinstellungen (beispielsweise werden das ordinale Skalenniveau und die maximale Anzahl der Iterationen festgelegt).

<sup>16</sup> R ist Programmiersprache und statistische Softwareumgebung zugleich. Der Download ist unter CRAN (Comprehensive R Archive Network) verfügbar (Borg et al, 2010, S. 81).

```
kermit <- smacofIndDiff(delta = Piggy, ndim = 3,  
  type = c("ordinal"), constraint = "indscale",  
  weightmat = NULL, ties = "primary", modulus = 1,  
  itmax = 5000, eps = 1e-10)
```

**Abbildung 2: Befehl**

Mit der Objektbezeichnung ‚Kermit‘ lassen sich die Analysewerte abrufen. Aus dem Modell-Outcome (Ausschnitt) in *Abbildung 3* ist abzulesen, dass ein ordinales Analyseverfahren für 14 Probanden (number of objections) durchgeführt wurde, das nach 3669 Iterationen eine dreidimensionale Lösung gefunden hat, deren Güte mit dem Stress-Wert von 0,18 angegeben wird.

```
$ndim  
[1] 3  
  
$model  
[1] "Three-way SMACOF"  
  
$niter  
[1] 3669  
  
$nobj  
[1] 14  
  
$type  
[1] "ordinal"  
  
$stress  
[1] 0.1812606
```

**Abbildung 3: Modell-Outcome**

Aus den *Abbildungen 4 und 5* ist die Transformation der ordinalen Daten aus dem Ratingverfahren in intervallskalierte Distanzdaten exemplarisch nachvollziehbar. Es mag auffallen, dass gleiche Rangwerte (*Abbildung 4* blaue Pfeile) mit unterschiedlichen Distanzwerten (*Abbildung 5* blaue Pfeile) und unterschiedliche Rangwerte (*Abbildung 4* rote Pfeile) teilweise mit gleichen Distanzwerten (*Abbildung 5* rote Pfeile) ausgedrückt werden. Das lässt sich damit erklären, dass diese Transformation die bestmögliche Überführung der Daten hergibt, aber keine 1:1 Umsetzung leisten kann, wie aus dem Stress-Wert von 0.18 abzuleiten ist.

Der Umgang mit gleichen Rangwerten (Ties) erfolgt entsprechend des primären Ansatzes für Ties, demzufolge gleiche Daten mit unterschiedlichen Werten wiedergegeben werden dürfen. Dieser ‚primary approach‘ ist Borg et al (2010) zufolge von der Bedeutung der Daten meist sinnvoller, da die

Befragten keine feinen Unterschiede treffen können, „so dass gleiche Ratings eher als subjektiv mehr oder weniger gleich zu deuten sind“ (S. 32). Die Übersetzung von unterschiedlichen Rangdaten in gleiche Distanzwerte ist insofern legitim, als dass bei der Nonmetrischen MDS die ordinalen Eigenschaften auch dann gewahrt bleiben, wenn Unterschiede der Ränge bei der Umformung in Distanzen in größer/gleich ( $\geq$ ) Relationen ausgedrückt werden.

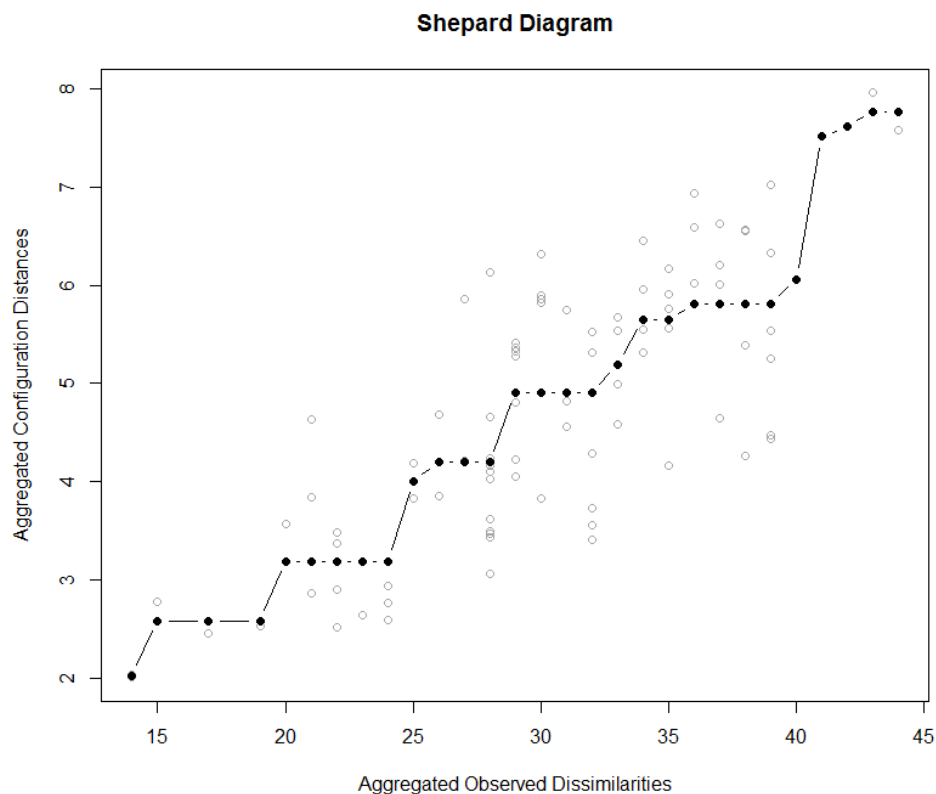
\$delta[[1]]													
	A01	A02	A03	A04	A05	A06	A07	B01	B02	B03	B04	B05	B06
A02	7												
A03	3	7											
A04	4	6	4										
A05	8	2	7	7									
A06	2	8	3	7	8								
A07	3	9	6	7	8	7							
B01	6	7	7	4	5	7	7						
B02	2	8	4	6	7	4	7	7					
B03	3	5	5	6	6	6	7	5	6				
B04	2	7	4	6	7	5	7	8	5	6			
B05	3	7	5	6	7	5	4	8	7	7	7		
B06	6	5	7	8	7	6	7	8	8	4	8	7	
B07	2	4	4	6	8	5	6	7	5	5	4	6	7

Abbildung 4: Ausschnitt Unähnlichkeitsmatrix P01

\$dhat[[1]]						
	A01	A02	A03	A04	A05	A06
A02	0.9265213					
A03	0.7833132	0.9001428				
A04	0.7833132	0.9001428	0.7833132			
A05	1.2271692	0.6057388	1.2271692	1.2271692		
A06	0.7833132	1.2271692	0.7833132	1.2144903	1.2271692	
A07	0.7833132	1.4787238	0.9001428	1.2271692	1.2271692	0.9001428
B01	0.8482071	0.9001428	0.9001428	0.7833132	0.8482071	1.2150100
B02	0.7559426	1.4787238	0.8482071	0.8482071	1.2271692	0.8482071
B03	0.7833132	0.8482071	0.8482071	0.9001428	0.8482071	0.9001428
B04	0.7833132	1.2271692	0.8482071	0.9001428	1.2271692	0.8482071
B05	0.7833132	0.9001428	0.8482071	0.9001428	1.1492388	0.8482071
B06	0.9001428	0.8482071	1.1501049	1.3727617	0.9001428	0.8482071
B07	0.7833132	0.8482071	0.7833132	0.9001428	1.4787238	0.8482071

Abbildung 5: Ausschnitt Distanzmatrix P01

Mit Plot-Methoden lassen sich die Smacof-Objekte grafisch aufbereiten und u. a. das Shepard-Diagramm erzeugen (hier: `plot(Kermit, plot.type = "Shepard")`). Die Regressionslinie verläuft schwach monoton durch eine Punktwolke, die kaum extreme Outlier aufweist (*Abbildung 6*). Die Gestalt des Diagramms lässt zusammen mit dem Stress-Wert von 0,18 auf eine angemessene und brauchbare MDS-Lösung schließen. Durch diese Qualität der Gütekriterien wird eine gewisse Reliabilität erlangt, die es erlaubt, die Konfiguration authentisch zu deuten.



**Abbildung 6: Shepard-Diagramm**

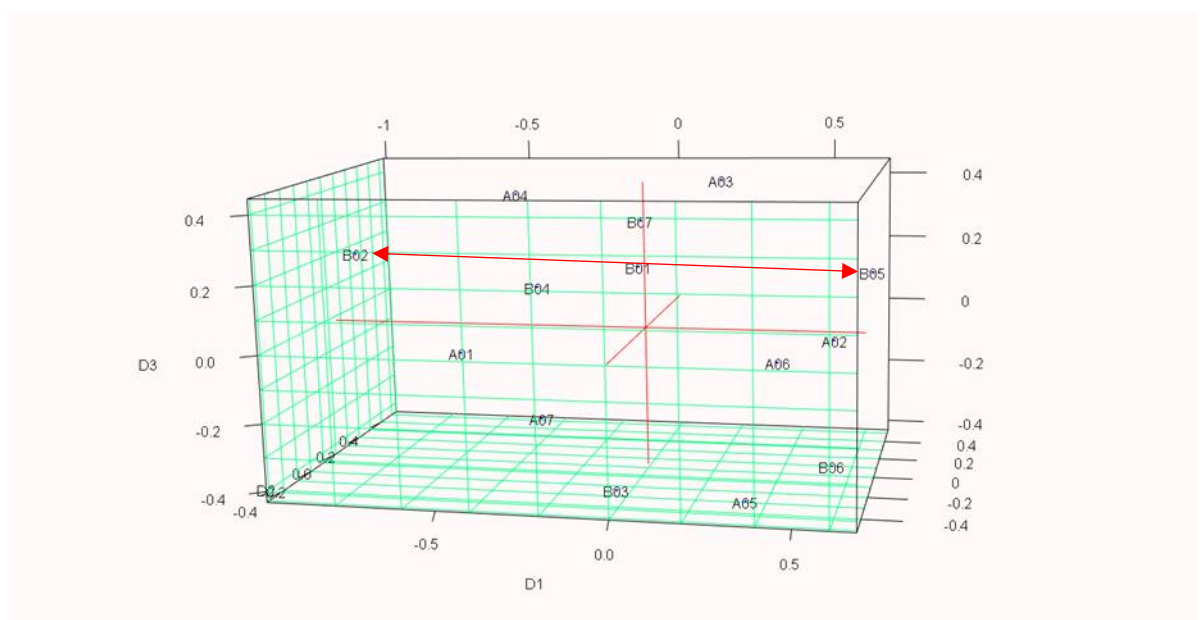
Welche numerischen (intervallskalierten) Ausprägungen die einzelnen Probanden in den jeweiligen Dimensionen (D1, D2, D3) des gemeinsamen Wahrnehmungsraums einnehmen, zeigt *Abb. 7*. Diese Werte bestimmen die Positionen der Probanden in der Konfiguration. Für jede Dimension sind Extremwerte zu erkennen (farbige Markierung).

	\$gspace		
	D1	D2	D3
A01	-0.49111582	-0.25994796	-0.03323531
A02	0.59492510	-0.35322830	0.05123817
A03	0.22100071	0.06445432	0.43266703
A04	-0.31847675	-0.23113315	0.42579146
A05	0.37398217	-0.50130852	-0.36476517
A06	0.34142982	0.35600130	-0.17696939
A07	-0.42204775	0.31764531	-0.37451252
B01	0.08959586	-0.47870179	0.26475918
B02	-0.98458062	0.19306777	0.17809354
B03	-0.02251499	-0.32392872	-0.40591823
B04	-0.44739887	0.40437943	0.04115742
B05	0.64765404	0.22731788	0.13677672
B06	0.54406617	0.05693026	-0.41901386
B07	-0.12651907	0.52845217	0.24393097

**Abbildung 7: Numerische Ausprägungen der gemeinsamen Konfiguration**

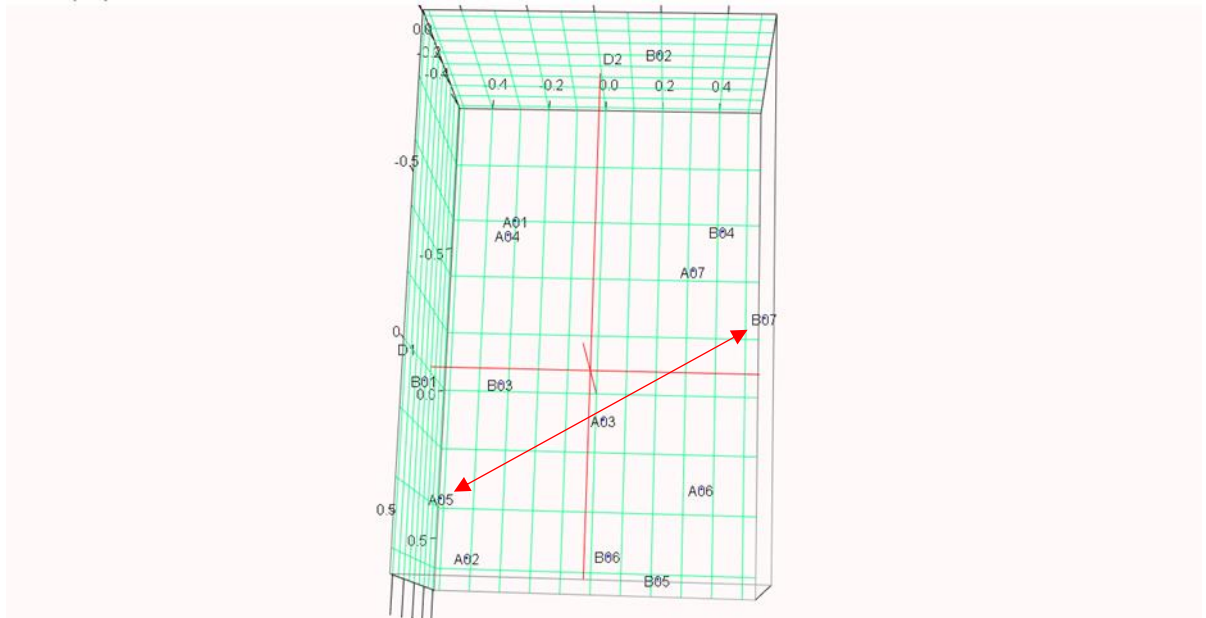
Durch die o. g. Grafikbefehle lässt sich die Konfiguration dreidimensional darstellen und rotieren. Die Lagebeziehungen und damit der Grad der Unähnlichkeiten zwischen den Probanden werden sichtbar. In allen Dimensionen können Extrempositionen visuell identifiziert werden (rote Doppelpfeile), so dass bei noch ausstehender inhaltlicher Deutung bereits gegensätzliche Attribute zu erwarten sind.

Abbildung 8 verdeutlicht die polaren Positionen für Dimension 1, die v. a. durch die Probanden B02 und B05 repräsentiert werden.



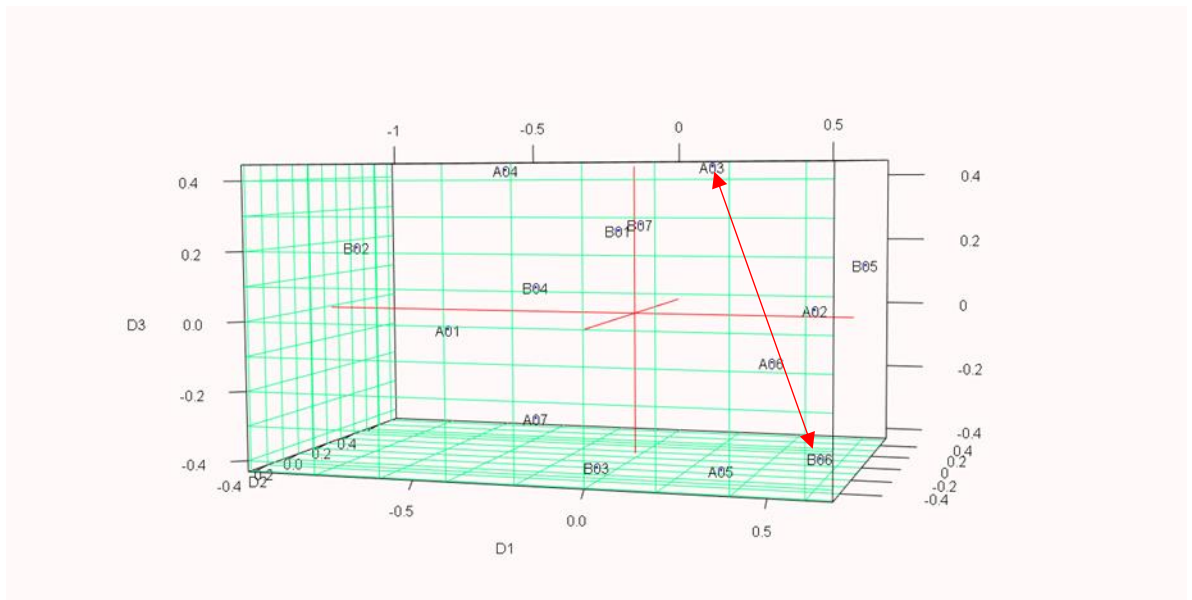
**Abbildung 8: Pole der Dimension 1**

In *Abbildung 9* weisen v. a. die Positionen der Probanden A05 und B07 die Dimension 2 aus. Die Abbildung zeigt die Konfiguration von oben und lässt auch die Probanden der Dimension 1 deutlich erkennen.



**Abbildung 9: Pole der Dimension 2 von oben**

In *Abbildung 10* stecken v. a. die Probanden A03 und B06 die Grenzen der Dimension 3 ab.



**Abbildung 10: Pole der Dimension 3**

Worin sich die Probanden unterscheiden, kann erst in der anschließenden Gruppendiskussion von den Pflegenden konkretisiert werden.



## 4.6 Die Durchführung der Gruppendiskussion

Für die Durchführung der Gruppendiskussion steht die klinikeigene Aula zur Verfügung. Diese Räumlichkeit ist allen Beteiligten einschließlich der Projektleitung vertraut. Einige Tage zuvor konnte die technische Ausrüstung mit dem Hausmeister besprochen und die eigenen Geräte getestet werden. Am Erhebungstag stellen sich die Projektionsbedingungen (älteres Beamer-Modell und hellgelbe Projektionsfläche) als zufriedenstellend dar.

Vor Beginn der Erhebung bleibt noch Zeit für Smalltalk und Kaffee, damit sich die Pflegenden, die teilweise bereits einen Frühdienst geleistet haben, ein wenig erholen und gedanklich einfinden können. An einem Gruppentisch nehmen sie halbkreisförmig Platz, so dass sowohl der Blickkontakt untereinander als auch die Blickrichtung zur Projektionsfläche gewährleistet sind. Auf dem Tisch sind zwei Aufnahmegeräte so platziert, dass die Beiträge von allen Diskussionsteilnehmenden möglichst gut aufgenommen werden können. Der Rechner steht, von allen erreichbar, in der Mitte. So haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, die projizierte Grafik mit der Maus zu bewegen. Als Tischvorlage erhält jede Pflegekraft eine Übersicht über die Probanden und ihre Pseudonyme, damit die Verbindung von Konfiguration und Proband rasch hergestellt werden kann (*Anhang 7*).

Gemäß den Prinzipien der Gruppendiskussion werden die Pflegenden von der Projektleitung über den Ablauf der Diskussion und über die Rolle der Diskussionsleitung (= Projektleitung) informiert. Den Pflegenden wird erklärt, dass der Gegenstand der Diskussion eine Grafik sein wird. Darauf sind die Probanden als Punkte zu sehen, die sich in einem Raum verteilen, wobei die Ähnlichen nahe beieinander und die Unähnlichen entfernt voneinander liegen, gemäß den vorangegangenen Urteilen bei der Erhebung. Die Pflegenden unterhalten sich kurz über einzelne Probanden, um sie sich wieder vor Augen zu führen. Eine Pflegekraft hat die eigenen Kurznotizen über die Probanden mitgebracht. Die Gruppendiskussion beginnt mit der Projektion der Grafik. Die Vorstellung, es handele sich um eine Übergabe, lässt die ungewohnte Situation in den Hintergrund treten.

Den Teilnehmenden fällt es anfangs schwer, sich im dreidimensionalen Raum zu orientieren und die Konfiguration nachzuvollziehen<sup>17</sup>. Die Möglichkeit, die Maus selbst zu bedienen und die Grafik zu bewegen, delegieren sie

---

<sup>17</sup> Da die projizierte Grafik während der Gruppendiskussion für die Pflegenden nicht leicht zugänglich war, entstand im Anschluss die Idee, die Konfiguration als Modell zu bauen (*Anhang 8*). Dieses wurde während eines Methodenseminars an der PTHV im Sommersemester 2016 den Studierenden und Dozentinnen parallel zur projizierten Grafik präsentiert. Dabei stellte sich heraus, dass einige der Anwesenden die Projektion leichter nachvollziehen konnten, andere eher das Modell vorzogen und für weitere beide Repräsentationen zugänglich waren.

an die Leitung. Um die räumliche Unsicherheit zu überwinden, lockert die Leitung die geplante Zurückhaltung und unterstützt die Orientierung im Raum durch Bezeichnungen wie Decke, Boden und Wand. Ebenso lenkt sie nach und nach die Aufmerksamkeit auf einzelne Dimensionen durch offene Impulse (Bsp.: diese Punkte befinden sich alle an einer Wand, wenn auch in unterschiedlicher Höhe ...). Das erweist sich als hilfreich.

Die Pflegenden finden ihr Votum in der Grafik teils bestätigt, teils erscheint ihnen die Anordnung befremdlich. Trotzdem zeigen sie sich sehr engagiert, um die Konstellation zu deuten. Sie unterstützen sich dabei, die Probanden zu identifizieren, Zusammenhänge herauszufinden und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Besonders herausfordernd sind beispielsweise die Positionen von B02 und B05, die die größte Distanz zueinander aufweisen. Dies zu erklären gelingt erst nach mehreren Reflexionsphasen.

Die Pflegenden überdenken ihr eigenes Votum, vergleichen sich untereinander und versuchen gemeinsam die Dimensionen inhaltlich zu bestimmen, wie aus folgendem Ausschnitt hervorgeht (Transkript Zeile 843 bis 861):

*P04: Warum die an einer Wand liegen, das ist natürlich auch wieder die Frage.*

*P02: Das wird die Zeit gewesen sein.*

*P01: Der Zeitaufwand. Ich denk' mal, an der Wand, ist viel, also diese eine Wand ist der Zeit -, (P02: Ja.) der Zeitaufwand, wer an dieser Wand ist (.), brauchte viel Zeit, ne.*

*P04: Das kann gut möglich sein.*

*L: Wenn ihr jetzt gerade guckt, wer an der anderen Wand ist, meinetwegen hier, äh, B07 (P04: B07) oder B04 ...*

*P05: B07, B04.*

*P04: Das waren die, die gar keine Zeit eigentlich beansprucht haben. [...]*

*P02: Da müsste ja B02 noch dazu kommen.*

*P04: Ja, die liegt ja auch ungefähr an der Wand.*

*P02: Und was ist mit A07?*

*P04: A07 liegt auch da an der Wand. (P02: Liegt ...), auch da an der Wand.*

Die Gruppendiskussion ist von unterschiedlicher Dynamik geprägt. In stillen Momenten und Pausen zeigen sich die Pflegenden sehr konzentriert oder nachdenklich. Entwickelt sich das Gespräch zu einem Crescendo – mitunter sprechen mehrere Personen gleichzeitig – werden kollektive Orientierungen offenbar und verdichten sich im gemeinsamen Aushandlungsprozess zu sogenannten „Fokussierungsmetaphern“ (Bohnsack zitiert nach Przyborsky,

Wohlrab-Sahr, 2014, S. 92). Damit sind Gesprächspassagen gemeint, die ein Phänomen nach und nach einkreisen.

Exemplarisch gilt folgender Ausschnitt (Transkript Zeile 672 bis 691):

*P02: Zeitaufwendig waren sie beide. (.) Transfers waren ...*

*P01: Ja, am Anfang auch von der A02 war Transfer ja ...*

*P02: ... ganz schrecklich*

*P04: Da war ja mit Drehscheibe `ne Katastrophe.*

*P01: ... ja, ja.*

*P02: Mit zwei Personen, drei Personen teilweise ...*

*P05: Aber man muss, man muss auch denken, bis zum Schluss war sie eigentlich fast selbständig.*

*P04: Im Transfer (P02: Ja, im Transfer, die war ganz gut) und selbständig zur Toilette gegangen, (P05: Ja, deswegen.) da war wirklich nur noch Unterkörper und der Beutel.*

*[...]*

*P05: Deswegen, also mit ... (P02: ...?) A05 kann man nicht vergleichen. Die A05, die hat bis zum Schluss gleich geblieben, ja, die hat eigentlich ...*

*P02: Die war auch, glaub' ich, schlichtweg zu schwach, dann war nichts mehr, kein, auch, kein, keine Power mehr von ihr.*

Der Diskussionsausschnitt ist geprägt durch ergänzendes Erzählen, detailreiches Beschreiben und schließlich durch Polarisierung. In der Feststellung von Unähnlichkeit zeigt sich der Fokus kollektiver Orientierung: die beiden Probanden werden hinsichtlich ihrer Entwicklungen hin zur Selbstständigkeit beschrieben. Als Kriterien dieser Beurteilung werden der Zeitaufwand bei der pflegerischen Unterstützung, der Transfer, die Körperpflege und die Ausscheidung berücksichtigt. Solche Urteile können erst aus einem konjunktiven Erfahrungsraum heraus gefällt werden, dem gleiche pflegerische Interaktionen und Reflexionen zugrunde liegen.

Auf abschließende exmanente Fragen wird verzichtet, da die Pflegenden den Impuls, der die Diskussion angestoßen hat (die Konfiguration) selbst mitentwickelt haben.

Die Gruppendiskussion kann ohne Unterbrechung zu Ende geführt werden. Nach Abschalten des Aufnahmegerätes rundet ein informelles Gespräch die zweite Phase des Erhebungsprozesses ab. Dabei wird den Pflegenden der Zusammenhang zwischen ihren Erhebungsdaten und der Transformation in eine Konfiguration erläutert. Die Projektleitung informiert sie über das Zustandekommen des Stress-Wertes bei der Berechnung der Positionen der

Probanden. Sie weist darauf hin, dass der Koeffizient anzeigt, dass die Urteile der Pflegenden relativ gut zu transformieren waren. Das lässt auf eine gemeinsame Systematik bei der Erhebung der Daten schließen, obwohl im Vorfeld von einem gemeinsamen Referenzrahmen abgesehen wurde, um das explorative Potential auszuschöpfen.

Weitere Informationen zur Gruppendiskussion befinden sich im Postskriptum (*Anhang 9*).

Entlang der aufgeführten Transkriptionsregeln (*Anhang 10*) wird die Gruppendiskussion schriftlich dokumentiert. Das entstandene Transkript (*Anhang 11*) ist die Grundlage für den weiteren Forschungsprozess, in dem die Inhalte der Diskussion analysiert werden.

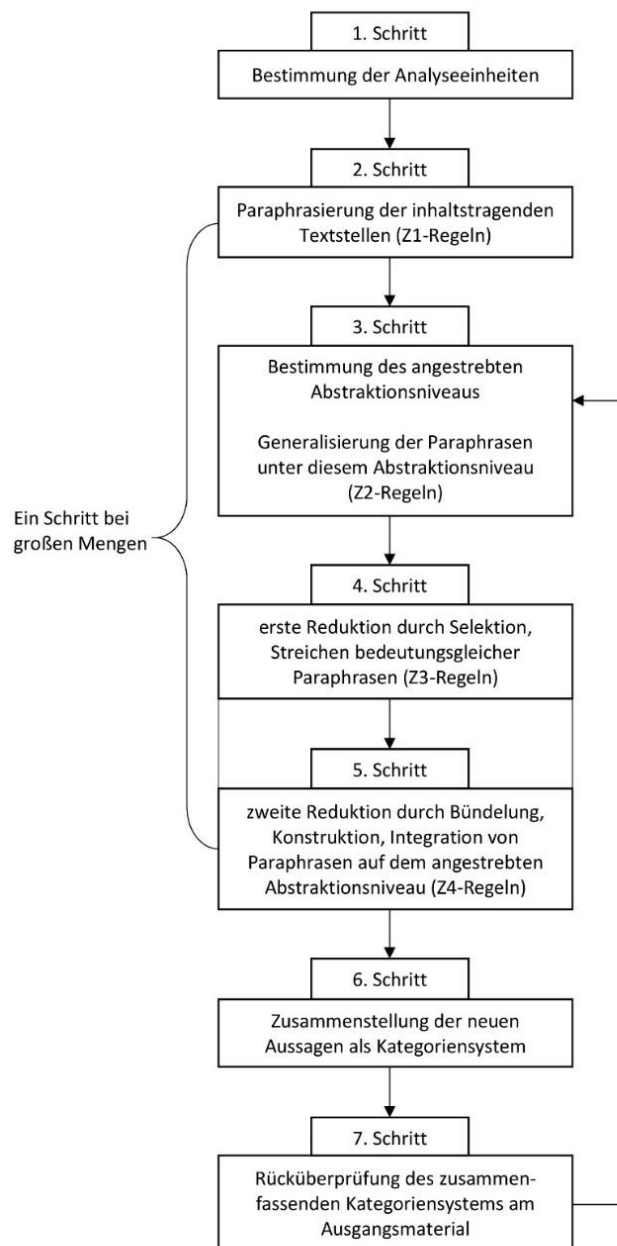
## 5 Analysen

### 5.1 Auswertung der Gruppendiskussion

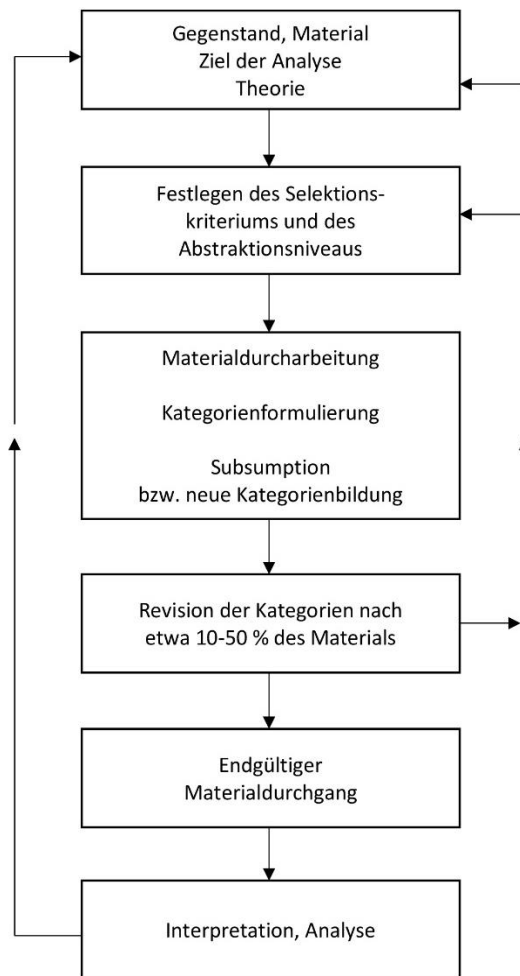
Die Aufgabe der Auswertung besteht darin, kollektive Orientierungsmuster zu identifizieren und zu explizieren. Konkret wird beabsichtigt, aus den Aussagen der Pflegenden zunächst Kategorien herauszuarbeiten, die die Probanden aus pflegefachlicher Sicht differenzieren, um diese schließlich auf drei Dimensionen zu reduzieren, wie sie aus der Konfiguration der MDS hervorgehen. Für die Auswertung der Gruppendiskussion verspricht die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ein angemessenes Modell zu sein. Ihr Ziel besteht darin, „[...] das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring, 2015, S. 67).

Weil die Daten aus einem explorativen Verfahren hervorgehen, eignet sich die Induktive Kategorienbildung als adäquate Vorgehensweise. Dabei werden die Kategorien direkt aus dem Datenmaterial in einen Verallgemeinerungsprozess abgeleitet, ohne sich auf vorab festgelegte Theoriekonzepte beziehen zu müssen (Mayring, 2015, S. 85). Dadurch vermag diese Form der Analyse eine möglichst naturalistische, gegenstandsnahe Abbildung des Materials hervorzubringen. Der Gegenstand kann dabei in der Sprache des zugrundeliegenden Materials erfasst werden, die Vorannahmen des Forschers bleiben unberücksichtigt (Mayring, 2015, S. 86). Gemäß der Systematik der zusammenfassenden Inhaltsanalyse entstehen die Kategorien in reduktiven Prozeduren (ebd.) entlang der Makrooperatoren (Zusammenfassungsstrategien) Auslassen (Streichen), Generalisation, Selektion, Bündelung, Konstruktion und Integration bzw. Subsumption (Mayring, 2015, S. 69 ff).

Die *Abbildungen 11* (nach Mayring, 2015, S. 70) und *12* (nach Mayring, 2015, S. 86) zeigen beide Modelle. Die Elemente der zusammenfassenden Inhaltsanalyse fügen sich in das Prozessmodell der induktiven Kategorienbildung ein. Dabei bilden die einzelnen Analyseeinheiten und deren Paraphrasierung das Ausgangsmaterial, das reduktiv durchgearbeitet und reflexiv evaluiert wird.



**Abbildung 11: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse**



**Abbildung 12: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung**

### Festlegung des Selektionskriteriums und Bestimmung der Analyseeinheiten

Das Ausgangsmaterial bilden die paraphrasierten Aussagen der Pflegekräfte, die aus dem Transkript der Gruppendiskussion hervorgehen (*Anhang 11*)

Als Analyseeinheiten gelten Paraphrasen

- a) über pflegerelevante Befunde der Probanden
- b) über deren Unterstützungsbedarf (die Unterstützungsleistung, die nach Einschätzung der Pflegekräfte und mit Einverständnis der Probanden erbracht wird aufgrund eines identifizierten Pflegeproblems) und deren Unterstützungsbedürfnisse (die Unterstützungsleistung, die sich die Probanden von den Pflegekräften wünschen bzw. die sie von den Pflegekräften erwarten)<sup>18</sup>
- c) über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Probanden aus pflegfachlicher Sicht
- d) über die Anordnung der Probanden in der dreidimensionalen Grafik

### Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen

Als Kodiereinheit gilt die Paraphrase jeder einzelnen Aussage der Pflegekräfte hinsichtlich der o. g. Kriterien über die einzelnen Probanden.

### Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus und Anwendung des Makrooperators Generalisierung

Um die Paraphrasen zu abstrahieren, wird die Materialsprache entweder versachlicht oder mit pflegfachlicher Terminologie ausgedrückt.

Die meisten Paraphrasen lassen sich ohne Weiteres generalisieren. Hierbei werden Wiederholungen deutlich (Beispiel B01: aus *„wurde in der zweiten Hälfte des Aufenthalts besser“* und *„hat am Ende sehr viel allein gemacht“* wird *„positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess“*). Einige Paraphrasen haben bereits das Abstraktionsniveau und werden beibehalten (Beispiel B01: *Arm- und Beinfraktur*).

---

<sup>18</sup> Für den Abstraktionsprozess ist es m. E. sinnvoll,

a) eine Unterscheidung zwischen Bedarf und Bedürfnis zu treffen, um die Aussagen/Paraphrasen angemessen differenzieren zu können und

b) eine Bedeutungsoffenheit bzgl. des Begriffs ‚Unterstützung‘ zu lassen.

Als Orientierungshilfe eignet sich das Spektrum, das Duden dazu anbietet (<http://www.duden.de/rechtschreibung/Unterstuetzung>, abgerufen am 27.11.2016):

Bedeutungsübersicht: *das Unterstützen, Helfen, Fördern; Synonyme: Beistand, Dienst, Einsatz, Erleichterung, Förderung, Hilfe(-leistung), Hilfestellung, Mentorin, Stütze*



### 5.1.1 Erster Reduktionsdurchgang

#### Reduktion durch die Makrooperatoren Streichen und Selektion

Bedeutungsgleiche Paraphrasen und solche, die nicht als wesentlich inhalts-tragend gelten, werden gestrichen. Manche Angaben zu bestimmten Erkrankungen haben eine Bedeutung für die pflegefachliche Charakterisierung (Paraphrase 104: *schlecht war sie nicht, hat gemacht, was sie konnte, konnte aber wegen Arm – und Beinbruch nicht viel*). Andere Informationen zu Erkrankungen können vernachlässigt werden (Paraphrase 96: *Hepatitis C ohne pflegerische Relevanz*).

Paraphrasen, die einen Vergleich von zwei oder mehreren Patienten beinhalten, werden rötlich markiert, da sie am Ende der Zusammenfassung für die Validierung der Kategorien von Bedeutung sein könnten. Paraphrasen, die wesentliche Inhalte tragen, werden übernommen und durch graue Markierung hervorgehoben. Aus 176 Paraphrasen können 44 Kategorien abgeleitet werden.

Eine Übersicht über den ersten Reduktionsdurchgang liefert *Tabelle 2*.

**Tabelle 2: Erster Durchgang der Zusammenfassung**

Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A01	4	1	mit A02 als sehr ähnlich eingestuft	nicht näher bestimmte Ähnlichkeit mit A02	
	5	2	im Ganzen nicht so aufwendig	mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf	K 1 mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf
	8	3	genauso betroffen wie A02 und A04, aber viel weniger beansprucht	bei gleicher Betroffenheit geringeres pflegerisches Unterstützungsbedürfnis als A02 und A04	
	8	4	wenig gejammt	geringes Bedürfnis nach Beachtung der persönlichen Lage geäußert	K 2 geringes Bedürfnis nach Beachtung
	9	5	A02 und A04 sehr ähnlich mit dem, was sie benötigte, aber sie haben unterschiedlich in Anspruch genommen	ähnlicher pflegerischer Unterstützungsbedarf, wie A02 und A04, aber unterschiedliches pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	
	10	6	sehr bescheiden	(sehr bescheiden) geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 3 geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	14	7	Erysipel am Schienbein entwickelt	weitere Erkrankung	
	21	8	gesundes Mittelmaß	mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf	K 1
	27	9	zum Schluss war sie gut, war super	positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess	K 4 positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess
	27	10	ist mit Rollator gelaufen	mobil mit Hilfsmittel	K 5 selbstständige Mobilität

Fortsetzung Tabelle 2				
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
	28	11	hatte eine andere Art als A05, die gar nicht mehr fit geworden ist und die Schnauze voll hatte	positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess aufgrund positiver gesundheitlicher Bedingungen und persönlicher Zuversicht
	32	12	betroffen, aber bescheiden im Ganzen	bei erheblicher Auswirkung der Erkrankung, geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
A02	8	13	sehr viel auch außerhalb in Anspruch genommen, viel Zeit für sich eingenommen	Pflegekräfte zeitlich vereinnahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	8	14	viel gejamert	hohes Bedürfnis nach Beachtung der persönlichen Lage geäußert
	9	15	A01 und A04 sehr ähnlich mit dem, was sie benötigten	ähnlicher pflegerischer Unterstützungsbedarf wie A01 und A04
	9	16	sehr in Anspruch nehmend, über die Maße hinaus	Pflegekräfte vereinnahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	9	17	müsste nah bei A05 liegen	Ähnlichkeit mit A05, die hohen pflegerischen Unterstützungsbedarf und hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis hat
	10	18	hat viel mitgemacht	erhebliches Krankheitsausmaß
	10	19	es liegen Welten dazwischen (A06)	gegensätzlich zu den Bedingungen von A06
				Reduktion
				K 6 positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess aufgrund positiver gesundheitlicher Bedingungen und persönlicher Haltung (Zuversicht)
				K 7 bei erheblicher Auswirkung der Erkrankung, geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
				K 8 Pflegerkräfte vereinnahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
				K 9 hohes Bedürfnis nach Beachtung
				K 8 Pflegerkräfte vereinnahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
				K 10 erhebliches Krankheitsausmaß

Fortsetzung Tabelle 2				
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
	10	20	brauchte den vierfachen Zeitaufwand von A06	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf und hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis verglichen mit A06
	10	21	am Ende gebessert, Transfer noch nicht super, aber zeitweise selbstständig	positiver Entwicklungsprozess hinsichtlich der Mobilität
	10	22	nur noch der AP-Beutel, der wirklich Zeit brauchte	pflegerischer Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Ausscheidung
	11	23	trotzdem ihre Zeit genommen für irgendeinen anderen Kram	Pflegekräfte zeitlich vereinnahmt, obwohl der pflegerische Unterstützungsbedarf abgenommen hat, unberechtigter Anspruch
	11	24	nach wie vor anspruchsvoll	Pflegekräfte zeitlich vereinnahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	11	25	nachher selbständig, was die Pflege angeht	positiver Entwicklungsprozess hinsichtlich der Körperpflege
	23	26	hinsichtlich der Krankheit und des Zeitaufwands A05 sehr ähnlich, beide zeitaufwendig	ähnlich hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf aufgrund des Ausmaßes der Erkrankung wie A05
	24	27	nicht großartig gejamert	geringes Bedürfnis nach Beachtung
				Reduktion
				K 4
				K 11 pflegerischer Unterstützungsbedarf in Teilbereichen
				K 12 Gerechtigkeitsempfinden der Pflegekräfte für die Ressource Zeit; Allokation Zeit als Problem, da von Patienten unrechtmäßig eingefordert
				K 8
				K 4
				K 2

Fortsetzung Tabelle 2				
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
	24	28	Transfer am Anfang schrecklich, mit Drehscheibe eine Katastrophe, Durchführung mit zwei oder drei Personen, zum Schluss fast selbständig im Transfer	positiver Entwicklungsprozess hinsichtlich der Mobilität
	25	29	Transfer ganz gut	positiver Entwicklungsprozess hinsichtlich der Mobilität
	25	30	selbstständig zur Toilette gegangen	positiver Entwicklungsprozess hinsichtlich der Mobilität und der Ausscheidung
	25	31	nur noch Hilfe bei der Pflege des Unterkörpers und beim AP-Beutel	positiver Entwicklungsprozess hinsichtlich der Körperpflege und der Ausscheidung
	27	32	war motiviert, wollte auch	Motivation vorhanden
	27	33	wurde besser, wurde in der Verlängerung richtig fit, anfangs auch sehr schwach	positiver Entwicklungsprozess hinsichtlich der Selbstpflegekompetenz
	28	34	hatte eine andere Art als A05, die gar nicht mehr fit geworden ist und die Schnauze voll hatte	positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess aufgrund positiver gesundheitlicher Disposition und persönlicher Zuversicht
	31	35	schwere Erkrankung	schwere Erkrankung
				Reduktion
				K 4
				K 4
				K 4
				K 4
				K 13 Motivation vorhanden
				K 4
				K 6
				K 10

Fortsetzung Tabelle 2				
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
	32	36	schwer betroffen, aber auch <u>sehr</u> anspruchs- spruchsvoll und sehr zeitaufwendig	hoher pflegerischer Unterstüt- zungsbedarf und noch höheres pfle- gerisches Unterstützungsbedürfnis
				<b>K 18</b> unausgewogenes Verhältnis: hohes pflegerisches Unterstützungsbedürf- nis bei geringerem pflegerischem Unterstüt- zungsbedarf
<b>A03</b>	3	37	ziemlich selbstständig	geringer pflegerischer Unterstüt- zungsbedarf
	3	38	recht nah an B07	ähnlicher pflegerischer Unterstüt- zungsbedarf wie B07
	3	39	zum Schluss recht selbstständig brauchte anfangs Hilfe beim Gehen, konnte nicht allein gehen; wir haben sie in den Speisesaal ge- bracht, sie musste geholt werden, weil sie nicht allein laufen konnte	positiver Entwicklungsprozess hin- sichtlich der Mobilität
	4	40	kognitiv gut	erhaltene kognitive Fähigkeiten
	4	41	Urin inkontinent, sie hat sich gemeldet, um die Vorlagen zu wechseln	pflegerischer Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Ausscheidung
	4	42	am Schluss recht selbstständig	positiver gesundheitlicher Entwick- lungsprozess
	4	43	gut gebessert im Aufenthalt	positiver gesundheitlicher Entwick- lungsprozess
				<b>K 15</b> geringer pflegerischer Unterstützungsbe- darf
				<b>K 4</b> erhaltene kognitive Fähigkeiten
				<b>K 11</b>
				<b>K 4</b>
				<b>K 4</b>



Fortsetzung Tabelle 2

Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	21	44	gesundes Mittelmaß	mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf	K 1
	21	45	Teilpflege	mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf	K 1
A04	8	46	<u>sehr</u> viel auch außerhalb in Anspruch genommen, viel Zeit für sich eingenommen	Pflegekräfte zeitlich vereinnahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 8
	8	47	viel gejammt	hohes Bedürfnis nach Beachtung der persönlichen Lage geäußert	K 9 hohes Bedürfnis nach Beachtung
	8	48	<u>viel</u> beansprucht	hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 8
	9	49	sehr anstrengend, da viel beansprucht	belastende pflegerische Beziehung	K 17 belastende pflegerische Beziehung
	9	50	A02 und A01 sehr ähnlich mit dem, was sie <u>benötigten</u>	ähnlicher pflegerischer Unterstützungsbedarf wie A02 und A01	
	9	51	sehr in Anspruch nehmend, über die Maße hinaus	Pflegekräfte zeitlich vereinnahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 8
	17	52	falls oben die Besseren wären, hätte sie es nicht verdient, dort zu sein, da sie sehr, sehr anspruchsvoll war, sehr zeitaufwendig	Pflegekräfte zeitlich vereinnahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis bei geringerem pflegerischem Unterstützungsbedarf	K 18 unausgewogenes Verhältnis: hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis bei geringerem pflegerischem Unterstützungsbedarf
	17	53	sie war gut, Transfer selbstständig	kein pflegerischer Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Mobilität	K 19 Selbstpflegekompetenz in Teilbereichen

Fortsetzung Tabelle 2

Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	17	54	Oberkörper selbst versorgt	kein Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Pflege des Oberkörpers	K 19
	28	55	Unterkörperversorgung	pflegerischer Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Unterkörperpflege	K 11
	28	56	spezieller Schaum, Strumpf und Kompressionsstrumpf, alles etwas exquisiter	pflegerische Versorgung (der Beine) mit-spezifischen Materialien	K 11
	28	57	tatsächlicher Pflegeaufwand war bei A01, A02 und A05 höher	pflegerischer Unterstützungsbedarf ist geringer als bei A01, A02 und A05	
	29	58	mehr Zeit in Anspruch genommen als die Arbeit an sich bedurfte, dabei ist die Zeit für Kurzgespräche schon mit-einbezogen worden; brauchte noch dies und das und jenes	Pflegekräfte zeitlich vereinnahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis bei geringerem pflegerischem Unterstützungsbedarf	K 18
	36	59	morgens Beine versorgt, Kompressionsstrümpfe angezogen abends Beine eingecremt	pflegerischer Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Unterkörperpflege	K 11
Proband A05	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	7	60	sehr aufwendig	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf	K 20 hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf
	7	61	alle drei ziemlich ähnlich, A05, B06 und B03	ähnlicher pflegerischer Unterstützungsbedarf / pflegerisches Unterstützungsbedürfnis wie B06 und B03	



Fortsetzung Tabelle 2				
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
	9	62	sehr, sehr beanspruchend	Pflegekräfte zeitlich vereinnahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	9	63	müsste nah bei A02 liegen	ähnlicher pflegerischer Unterstützungsbedarf / pflegerisches Unterstützungsbedürfnis wie A02
	23	64	hinsichtlich der Krankheit und des Zeitaufwands A02 sehr ähnlich	ähnlicher pflegerischer Unterstützungsbedarf / pflegerisches Unterstützungsbedürfnis aufgrund des Ausmaßes der Erkrankung und des Zeiteinsatzes wie A02
	24	65	viel Energie in Jammern investiert, auch dieses ‚Schwesterlein‘	hohes Bedürfnis nach Beachtung, die auf pflegerische Solidarität hofft
	25	66	Zustand bis zum Schluss unverändert, nicht mit A02 vergleichbar	negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess
	25	67	schlichtweg zu schwach, keine Power mehr	physische und psychische Erschöpfung
	26	68	kaum Mühe gezeigt	nachlassende Motivation / Anstrengungsbereitschaft
	27	69	hat permanent im Bett gelegen	stark eingeschränkte Mobilität
	27	70	ständige Übelkeit, Schwindel, musste rasch wieder ins Bett zurück	mehrere Begleiterkrankungen/-symptome
	27	71	Beine mussten gewickelt werden	Verband der Beine
				Reduktion K 8
				K 21 hohes Bedürfnis nach Beachtung und Solidaritätserwartung
				K 22 negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess
				K 23 Erschöpfung
				K 24 Motivationsverlust
				K 25 Mobilitätsverlust
				K 26 insuffiziente Symptomkontrolle

Fortsetzung Tabelle 2				
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
	28	72	gar nicht mehr fit geworden	negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess
	28	73	hatte die Schnauze voll, wollte wirklich nicht mehr	keine Kraft und kein Wille zur Genesung
A06	10	74	bescheiden	geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	10	75	ganz fleißig, war gut	hohe Motivation
	10	76	richtig fleißig gewesen	hohe Motivation
	10	77	es liegen Welten dazwischen (A02)	gegensätzlich zu den Bedingungen von A02
	19	78	war B07 gar nicht unähnlich	ähnlicher pflegerischer Unterstützungsbedarf / pflegerisches Unterstützungsbedürfnis wie B07
	19	79	recht selbstständig	geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf
	19	80	man musste ihr ab und zu sagen, wo sie hin muss	mäßige örtliche Orientierung
	19	81	brauchte Hilfe bei der Unterkörperpflege	pflegerischer Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Unterkörperpflege
	19	82	wenig Zeit in Anspruch genommen, was sie konnte, hat sie gemacht	geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf bei teils erhaltener Selbstpflegekompetenz
	19	83	musste immer beobachtet werden, ob sie etwas macht und wie sie es macht	Ausmaß der Selbstpflegekompetenz unsicher
				geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis bei teils erhaltener Selbstpflegekompetenz
				K 31 Kontrolle der Selbstpflegekompetenz
				K 3 Reduktion

Fortsetzung Tabelle 2				
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
	19	84	hässliche Hemiparese, brauchte Spezialbesteck	Hilfsmittleinsatz bei der Nahrungsaufnahme
	21	85	Mittelmaß	mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf
	21	86	Teilpflege	mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf
A07	6	87	selbstständig	erhaltene Selbstpflegekompetenz
	6	88	jünger, recht jung	junges Alter
	6	89	wenig Hilfe beansprucht	geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf
	6	90	hat alles abgelehnt	kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	6	91	beinamputiert	Verlust von Gliedmaßen
	7	92	wurde regulär entlassen, er hat das auch gut gemacht	konnte regulär entlassen werden wegen positivem gesundheitlichem Entwicklungsprozess
	31	93	vom Zeitaufwand gering, aber vom Krankheitsbild schwerer betroffen als B07	Zeiteinsatz für pflegerische Intervention gering im Verhältnis zur Auswirkung der Erkrankung; (verglichen mit B07, wo Zeitaufwand für pflegerische Intervention der Auswirkung der Erkrankung entspricht)
				Reduktion
				K 32 positive Symptomkontrolle
				K 1
				K 1
				K 33 erhaltene Selbstpflegekompetenz
				K 3
				K 34 kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
				K 10
				K 35 konnte regulär entlassen werden wegen positivem gesundheitlichem Entwicklungsprozess

Fortsetzung Tabelle 2				
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
	36	94	morgens keine Hilfe gebraucht	kein pflegerischer Unterstützungsbedarf und kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis bei der Körperpflege
	36	95	morgens keine Hilfe bei der Grundpflege gebraucht, sonst auch selbstständig, nicht anspruchsvoll, aber Hilfe beim Anlegen des Kompressionsverbands und der Beinprothese, manchmal auch häufig am Tag, das war sehr zeitaufwendig	pflegerischer Unterstützungsbedarf und pflegerisches Unterstützungsbedürfnis hinsichtlich der Prothesenversorgung mit hohem Zeitaufwand
	36	96	Hepatitis C ohne pflegerische Relevanz	weitere Erkrankung ohne pflegerische Relevanz
B01	5	97	wurde saniert, nach dem ersten Zyklus schon negativ, danach recht selbstständig	Infektionsbehandlung bewirkt positiven gesundheitlicher Entwicklungsprozess
	6	98	nein, schon noch viel Hilfe gebraucht, morgens und abends	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf
	6	99	bis zuletzt ganz viel (Hilfe) gebraucht	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf während des ganzen Aufenthalts
	6	100	den Oberkörper dann recht gut selbst versorgt, viel Hilfe beim Unterkörper gebraucht	positiver Entwicklungsprozess hinsichtlich der Körperpflege
	6	101	konnte am Ende gut gehen	positiver Entwicklungsprozess hinsichtlich der Mobilität

Fortsetzung Tabelle 2					
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	6	102	Arm- und Beinfraktur	<del>erhebliches Krankheitsausmaß</del>	K 10
	21	103	es liegen Welten dazwischen im Vergleich mit B07	gegensätzlich zu den Bedingungen von B07	
	21	104	schlecht war sie nicht, hat gemacht, was sie konnte, konnte aber wegen Arm – und Beinbruch nicht viel	Selbstpflegekompetenz vorhanden, aber aufgrund der Erkrankung sehr eingeschränkt	K 37 eingeschränkte Selbstpflegekompetenz
	21	105	wurde mit Rollator entlassen	positiver Entwicklungsprozess hinsichtlich der Mobilität	K 4
	21	106	Mittelmaß	<del>mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf</del>	K 1
	21	107	hatte MRSA	<del>Infektion mit multiresistentem Keim</del>	
	23	108	hinsichtlich der Krankheit und des Zeitaufwands A02 und A05 sehr ähnlich	ähnlicher pflegerischer Unterstützungsbedarf / pflegerisches Unterstützungsbedürfnis aufgrund des Ausmaßes der Erkrankung und des Zeiteinsatzes wie A02 und A05	
	27	109	wurde in der zweiten Hälfte des Aufenthalts besser, hat weniger Hilfe gebraucht, verbesserte sich etwas mehr als A02	<del>positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess</del>	K 4
	27	110	hat am Ende sehr viel allein gemacht	<del>positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess</del>	K 4



Fortsetzung Tabelle 2					
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
B02	2	111	weit oben, die Beste gewesen, die Selbstständigste von allen	hohe Selbstpflegekompetenz	K 38 hohe Selbstpflegekompetenz
	2	112	für uns ein Ausnahmezustand	ungewöhnlich hohe Selbstpflegekompetenz	K 38
	12	113	war B07 ähnlich, beide selbstständig	ähnliche Selbstpflegekompetenz wie B07	
	13	114	B02 und B05 sind sich gar nicht ähnlich	gegensätzliche Bedingungen von B05	
	13	115	brauchte wenig Hilfe und Zeit von Pflegekräften, weil sie wirklich selbstständig war	geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf und geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 39 ausgewogenes Verhältnis: geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf und geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	14	116	müssten aufeinanderliegen (B07), identisch	ähnliche Selbstpflegekompetenz wie B07	
	15	117	leichte kognitive Einschränkung, konnte sich aber noch gut helfen	hohe Kompensationsfähigkeit bei leichter kognitiver Einschränkung	K 40 hohe Kompensationsfähigkeit bei leichter kognitiver Einschränkung
	15	118	ohne Hilfsmittel mobil	selbstständig hinsichtlich der Mobilität	K 38
	15	119	selbstständig waschen und duschen	selbstständig hinsichtlich der Körperpflege	K 38
	15	120	weitgehend kontinent	nahezu selbstständig hinsichtlich der Ausscheidung	K 38
	15	121	keine Hilfe von Pflegekräften für sich in Anspruch genommen	kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 34

Fortsetzung Tabelle 2						
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	
	15	122	B02 war ein Vorbild für B07, hat ihr Selbstständigkeit gezeigt (ich geh' allein da, ich mach' da)	Vorbild für gesundheitlich positiven Entwicklungsprozess	K 41 Vorbild für gesundheitlich positiven Entwicklungsprozess	
	31	123	geringer Zeitaufwand	geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf und geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 39	
	33	124	brauchte keine Hilfe	hohe Selbstpflegekompetenz	K 38	
	33	125	war vom Zeitaufwand B05 ähnlich	Zeitaufwand für pflegerische Intervention ähnlich wie B05		
	34	126	Hemikolektomie	Hemikolektomie		
	37	127	war tatsächlich weitgehend selbstständig im Vergleich mit B05	anders als bei B05 entspricht pflegerischer Unterstützungsbedarf dem pflegerischen Unterstützungsbedürfnis		
	37	128	hat wenig bekommen, weil sie eigentlich wenig brauchte und wir es wissen, dass sie wenig brauchte das Verhältnis zwischen dem wenigen Zeitaufwand, der gemacht wurde und dem, der gebraucht wurde, war gut	geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf entspricht dem geringen pflegerischen Unterstützungsbedürfnis	K 42 geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf entspricht dem geringen pflegerischen Unterstützungsbedürfnis	
	B03	7	129	schlecht drauf, schlecht dran gewesen	erhebliches Krankheitsausmaß	K 10
		7	130	so krank geworden	negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess	K 22
		7	131	war A05 und B06 ziemlich ähnlich, aber betroffener	Auswirkung der Erkrankung schwerwiegender als bei A05 und B06	

Fortsetzung Tabelle 2

Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
	8	132	am Boden (in der Grafik), wer am hilfebedürftigsten war	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf und hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 14
	23	133	war bzgl. Pflegeaufwand B06 sehr ähnlich	ähnlicher pflegerischer Unterstützungsbedarf wie B06	
	23 24	134	ging es so schlecht zuletzt, komplett Hilfe gebraucht, auch viel Behandlungspflege	negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess bis hin zu sehr hohem pflegerischem Unterstützungsbedarf	K 43 negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess bis hin zu sehr hohem pflegerischem Unterstützungsbedarf
	29	135	schwerstkrank, schwer, schwer krank	erhebliches Krankheitsausmaß	K 10
	29	136	war am Anfang ganz gut, hat sich verschlechtert	negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess	K 22
	29	137	brauchte Vollpflege	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf	K 20
	29	138	zeitweise noch nicht mal aus dem Bett zu holen, kaum mehr zu mobilisieren, kurze Zeit im Rollstuhl	stark eingeschränkte Mobilität	K 25
	29	139	sehr viel Behandlungspflege mit Infusionen	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf	K 20
	30	140	ausgeprägte Pneumonie, wurde nicht im Krankenhaus behandelt	erhebliches Krankheitsausmaß	K 10
	30	141	wurde nach Hause entlassen	Entlassung nach Hause	
	30	142	hoher Zeitaufwand	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf und hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 14



Fortsetzung Tabelle 2				
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
B04	17	143	recht fit	geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf
	18	144	hat alles selber gemacht	hohe Selbstpflegekompetenz
	18	145	saß im Rollstuhl, 20 kg Teilbelastung	mit Hilfsmittel mobil
	31	146	eigentlich gar keine Zeit beansprucht	geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
B05	13	147	keine Ähnlichkeit mit B02	gegensätzliche Bedingungen von B02
	13	148	ähnlich B02 vom Aufwand her, weil er sich nicht helfen ließ, Hilfe abgelehnt hat	pflegerisches Unterstützungsbedürfnis wie B02, Ablehnung von pflegerischer Unterstützung
	13	149	brauchte wenig Hilfe und Zeit von Pflegekräften, weil er alles abgelehnt hat	kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	14	150	Herz-OP, depressiv, träge, quasi, schwerfällig, besser: schwermütig	nachlassende Motivation/Anstrengungsbereitschaft
	33	151	wollte keine Hilfe, hat viel verweigert	kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	33	152	war vom Zeitaufwand B02 ähnlich	zeitlich geringe pflegerische Intervention wie bei B02
	37	153	hilfebedürftiger als er zugegeben hat	unausgewogenes Verhältnis: pflegerischer Unterstützungsbedarf höher als pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
				K 44

unausgewogenes Verhältnis:  
pflegerischer Unterstützungsbedarf höher  
als pflegerisches Unterstützungsbedürfnis

Fortsetzung Tabelle 2				
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
	37	154	hat den Speiseraum und sein Zimmer nie gefunden, brauchte viel Orientierungshilfe	pflegerischer Unterstützungsbedarf hinsichtlich der örtlichen Orientierung
	37	155	war inkontinent	pflegerischer Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Ausscheidung
	37	156	musste ständig aus dem Bett genommen werden, weil er nur im Bett lag	pflegerischer Unterstützungsbedarf hinsichtlich der Mobilität
	37	157	hätte mehr gebraucht, hat aber nicht mehr bekommen, weil er es nicht wollte	unausgewogenes Verhältnis: pflegerischer Unterstützungsbedarf höher als pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	37	158	das Verhältnis zwischen dem wenigen Zeitaufwand, der gemacht wurde und dem, der nötig gewesen wäre, war nicht gut	unausgewogenes Verhältnis: pflegerischer Unterstützungsbedarf höher als pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
B06	8	159	unten, alle (A05, B03) gleich in eine Ecke gedrängt (Paraphrase bezieht sich auf die Anordnung in der Konfiguration der MDS)	ähnlicher pflegerischer Unterstützungsbedarf / pflegerisches Unterstützungsbedürfnis wie A05 und B03
	9	160	war einfach anstrengend	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf
	9	161	Demenz	Demenz
	23	162	war bzgl. Pflegeaufwand B03 sehr ähnlich	ähnlicher pflegerischer Unterstützungsbedarf / pflegerisches Unterstützungsbedürfnis wie B03

Reduktion

K 11

K 11

K 11

K 44

K 44

K 20

K 10

Fortsetzung Tabelle 2				
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
B07	3	163	an der anderen Ecke oben, wundert mich, weit auseinander, denn B07 war B02 recht ähnlich	ähnlich geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf und geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis wie B02
	3	164	(B02 und B07) müssten wirklich näher aneinander	ähnlich geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf und geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis wie B02
	12	165	war B02 ähnlich, beide selbstständig	ähnlich geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf wie B02, hohe Selbstpflegekompetenz
	13	166	keine Ähnlichkeit mit B05	gegensätzliche Bedingungen verglichen mit B05
	14	167	müssten aufeinanderliegen (B07), identisch	nahezu gleiche Bedingungen wie B07
	15	168	leichte kognitive Einschränkung, konnte sich aber noch gut helfen	hohe Kompensationsfähigkeit bei leichter-kognitiver Einschränkung
	15	169	ohne Hilfsmittel mobil	selbstständig hinsichtlich der Mobilität
	15	170	selbstständig waschen und duschen	selbstständig hinsichtlich der Körperpflege
	15	171	weitgehend kontinent	nahezu selbstständig hinsichtlich der Ausscheidung
	15	172	keine Hilfe von Pflegekräften für sich in Anspruch genommen	kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	15	173	vorher war sie überhaupt nicht fit	positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess
				Reduktion
				K 40
				K 38
				K 38
				K 38
				K 34
				K 4

Fortsetzung Tabelle 2				
Proband	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung
	15	174	B02 war ein Vorbild für sie, B07 hat sich ihr angeglichen, B02 hat gezeigt, was zu tun ist und B07 hat es ihr gleichgetan, hat nach drei Tagen gesagt, dass sie auch keine Hilfe mehr braucht	rascher positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess aufgrund der Vorbildfunktion von B02
	19	175	war verlässlich in dem, was sie macht	hohe Selbstpflegekompetenz
	31	176	eigentlich gar keine Zeit beansprucht	sehr geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
				K 38
				K 3

### 5.1.2 Zweiter Reduktionsdurchgang

#### Reduktion durch Konstruktion und Integration

Nach der ersten Reduktion sind 44 Kategorien entstanden. Es lassen sich nun solche Kategorien zusammenfassen, die ein Merkmal aufweisen, welches im ersten Durchgang in seiner Qualität unterschieden wird, d. h. es werden Paraphrasen mit gleichem Gegenstand und verschiedenen Aussagen zusammengefasst. Beispielsweise ist das Merkmal ‚pflegerischer Unterstützungsbedarf‘ graduiert in die Qualitäten gering (K 15), mäßig (K 1) in Teilbereichen (K 11), hoch (K 20) und sehr hoch (K 43). Daraus entsteht nun Kategorie K 1\*. So wird mit allen weiteren Kategorien verfahren. Nach der zweiten Reduktion bleiben 16 Kategorien übrig.

*Tabelle 3* stellt die Übersicht über die gewonnenen Kategorien nach der zweiten Reduktion dar.

**Tabelle 3: Zweiter Durchgang der Zusammenfassung**

Proband	Nr. Tab. 2	Kategorie		Generalisierung	Reduktion
A01	1, 8	<b>K 1</b>	mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf	pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1*</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf
A03	44, 45				
A06	85, 86				
B01	106				
A01	4	<b>K 2</b>	geringes Bedürfnis nach Beachtung	Bedürfnis nach Beachtung	<b>K 2*</b> Bedürfnis nach Beachtung
A02	27				
A01	6	<b>K 3</b>	geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3*</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
A06	74				
A07	89				
B04	146				
B07	176	<b>K 4</b>	positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess	gesundheitlicher Entwicklungsprozess	<b>K 4*</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess
A01	9				
A02	21, 25, 28, 29, 30, 31, 33				
A03	39, 42, 43				
B01	100, 101, 105, 109, 110				
B07	173				
A01	10	<b>K 5</b>	selbstständige Mobilität mit Hilfsmitteln	Mobilität mit Hilfsmitteln	<b>K 5*</b> Mobilität
B04	145				

Fortsetzung Tabelle 3					
Proband	Nr. Tab. 2	Kategorie		Generalisierung	Reduktion
A01	4, 11	K 6	positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess aufgrund positiver gesundheitlicher Bedingungen und persönlicher Haltung (Zuversicht)	gesundheitlicher Entwicklungsprozess	K 4* gesundheitlicher Entwicklungsprozess
A02	34			positiver gesundheitlicher Bedingungen und persönlicher Haltung	
A01	12	K 7	bei erheblicher Auswirkung der Erkrankung, geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	bei erheblicher Auswirkung der Erkrankung, geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	(K 6* Krankheitsausmaß) K 3* pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
A02	13, 16, 24	K 8	Pflegerkräfte vereinnahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 3* pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
A04	46, 48, 51			und Vereinnahmung der Pflegekräfte	
A05	62				
A02	14	K 9	hohes Bedürfnis nach Beachtung	Bedürfnis nach Beachtung	K 2* Bedürfnis nach Beachtung
A04	47				
A02	18, 35	K 10	erhebliches Krankheitsausmaß	erhebliches Krankheitsausmaß	K 6* Krankheitsausmaß
A07	91				
B01	102				
B03	129, 135, 140				
B06	161				

Fortsetzung Tabelle 3

Proband	Nr. Tab. 2	Kategorie	Generalisierung	Reduktion
A02	22	K 11 pflegerischer Unterstützungsbedarf in Teilbereichen	pflegerischer Unterstützungsbedarf in Teilbereichen	K 1* pflegerischer Unterstützungsbedarf
A03	41			
A04	55, 56, 59			
A06	81			
B05	154, 155, 156			
A02	23	K 12 Gerechtigkeitsempfinden der Pflegekräfte für die Ressource Zeit Allokation Zeit als Problem, da von Patienten unrechtmäßig eingefordert	Allokation Zeit der Pflegekräfte als Problem	K 7* Allokation Zeit
A02	32	K 13 Motivation vorhanden	Motivation vorhanden	K 8* Motivation
B03	132, 142	K 14 ausgewogenes Verhältnis: hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf und hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	ausgewogenes Verhältnis: hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf und hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 9* Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis
A03	37	K 15 geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf	geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf	K 1* pflegerischer Unterstützungsbedarf
A06	79			
B04	143			



Fortsetzung Tabelle 3					
Proband	Nr.	Kategorie		Generalisierung	Reduktion
A03	40	K 16	erhaltene kognitive Fähigkeiten (begünstigen einen positiven gesundheitlichen Entwicklungsprozess)	erhaltene kognitive Fähigkeiten	K 10* kognitive Fähigkeiten
A04	49	K 17	belastende pflegerische Beziehung	belastende pflegerische Beziehung	K 11* pflegerische Beziehung
A02	36	K 18	unausgewogenes Verhältnis: hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis bei geringerem pflegerischem Unterstützungsbedarf	unausgewogenes Verhältnis: hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis bei geringerem pflegerischem Unterstützungsbedarf	K 9* Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedarf
A04	52				
A04	53, 54	K 19	Selbstpflegekompetenz in Teilbereichen	Selbstpflegekompetenz in Teilbereichen	K 12* Selbstpflegekompetenz
A07	94				
A05	60	K 20	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf	K 1* pflegerischer Unterstützungsbedarf
B01	98, 99				
B03	137, 139				
B06	160				
A05	65	K 21	hohes Bedürfnis nach Beachtung und Solidaritätserwartung	hohes Bedürfnis nach Beachtung und Solidaritätserwartung	K 2* Bedürfnis nach Beachtung
A05	66, 72	K 22	negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess	negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess	K 4* gesundheitlicher Entwicklungsprozess
B03	130, 136				
A05	67	K 23	Erschöpfung	Erschöpfung	K 13*Erschöpfung

Fortsetzung Tabelle 3					
Proband	Nr. Tab. 2	Kategorie		Generalisierung	Reduktion
A05	68	K 24	Motivationsverlust	Motivationsverlust	K 8* Motivation
B05	150				
A05	69	K 25	Mobilitätsverlust	Mobilitätsverlust	K 5* Mobilität
B03	138				
A05	70	K 26	insuffiziente Symptomkontrolle	insuffiziente Symptomkontrolle	K 14* Symptomkontrolle
A05	73	K 27	keine Kraft und kein Wille zur Genesung	Erschöpfung und Motivationsverlust	K 8* Motivation
A06	75, 76	K 28	hohe Motivation	hohe Motivation	K 8* Motivation
A06	80	K 29	reduzierte kognitive Fähigkeiten	reduzierte kognitive Fähigkeiten	K 10* kognitive Fähigkeiten
A06	82	K 30	geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis bei teils erhaltener Selbstpflegekompetenz	geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 3* pflegerisches Unterstützungsbedürfnis (K 12* Selbstpflegekompetenz)
A06	83	K 31	Kontrolle der Selbstpflegekompetenz	Kontrolle der Selbstpflegekompetenz	K 12* Selbstpflegekompetenz
A06	84	K 32	positive Symptomkontrolle	positive Symptomkontrolle	K 14* Symptomkontrolle
A07	87	K 33	erhaltene Selbstpflegekompetenz	erhaltene Selbstpflegekompetenz	K 12* Selbstpflegekompetenz

Fortsetzung Tabelle 3

Proband	Nr. Tab. 2	Kategorie		Generalisierung	Reduktion
A07	90	K 34	kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 3* pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
B02	121				
B05	149, 151				
B07	172				
A07	92	K 35	reguläre Entlassung wegen positivem gesundheitlichem Entwicklungsprozess	gesundheitlicher Entwicklungsprozess	K 4* gesundheitlicher Entwicklungsprozess
A07	95	K 36	pflegerischer Unterstützungsbedarf und pflegerisches Unterstützungsbedürfnis hinsichtlich der Prothesenversorgung mit hohem Zeitaufwand	ausgewogenes Verhältnis: hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf und hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 9* Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis
B01	104	K 37	eingeschränkte Selbstpflegekompetenz	eingeschränkte Selbstpflegekompetenz aufgrund des Krankheitsausmaßes	K 12* Selbstpflegekompetenz
B02	111, 112, 118, 119, 120, 124	K 38	hohe Selbstpflegekompetenz	hohe Selbstpflegekompetenz	K 12* Selbstpflegekompetenz
B04	144				
B07	169, 170, 171, 175				

Fortsetzung Tabelle 3

Proband	Nr.	Kategorie	Generalisierung	Reduktion
<b>B02</b>	115, 123	<b>K 39</b>	ausgewogenes Verhältnis: geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf und geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 9*</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis
<b>B02</b>	117	<b>K 40</b>	hohe Kompensationsfähigkeit bei leichter kognitiver Einschränkung	<b>K 15*</b> Kompensationsfähigkeit
<b>B07</b>	168			
<b>B02</b>	122	<b>K 41</b>	Vorbild für gesundheitlich positiven Entwicklungsprozess	<b>K 16*</b> Vorbildfunktion für gesundheitlichen Entwicklungsprozess
<b>B02</b>	128	<b>K 42</b>	geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf entspricht dem geringen pflegerischen Unterstützungsbedürfnis	<b>K 9*</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis
<b>B03</b>	134	<b>K 43</b>	negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess bis hin zu sehr hohem pflegerischem Unterstützungsbedarf	<b>K 4*</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess
<b>B05</b>	153. 157, 158	<b>K 44</b>	unausgewogenes Verhältnis: pflegerischer Unterstützungsbedarf höher als pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 9*</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis

### 5.1.3 Dritter Reduktionsdurchgang

#### Reduktion durch Integration und Subsumption

Die Anzahl der Kategorien kann nach dem zweiten Durchgang von 44 auf 16 reduziert werden. Um den Textkorpus weiter zu komprimieren werden solche Paraphrasen zusammengefasst, deren unterschiedliche Aussagen sich auf einen gleichen Gegenstand beziehen (Z4.3 – Regel, Mayring, 2015, S 72). Es zeigt sich, dass sich einige Gegenstände zu einem integrieren lassen. In die Kategorie ‚Kompensationsfähigkeit‘ (K 15\*) lassen sich die Kategorien ‚Motivation‘ (K 8\*) und ‚Selbstpflegekompetenz‘ (K 12\*) integrieren. Selbstpflegekompetenz im Sinne von Fähigkeit und Bereitschaft zur Selbstpflege, lässt auf eine intrinsische Motivation schließen. Während Selbstpflegekompetenz selbstständige Aktivitäten bzw. konkrete Handlungen impliziert<sup>19</sup>, kann Kompensationsfähigkeit auch bedeuten, Aktivitäten und Handlungen zielgerichtet zu delegieren.

Die Kategorie ‚kognitive Fähigkeiten‘ (K 10\*) kann ebenso unter die Kategorie ‚Kompensationsfähigkeit‘ (K 12\*) subsummiert werden. Die kognitive Einschränkung eines Patienten bildet nicht per se ein Pflegeproblem, sondern nur dann, wenn sie nicht selbstständig kompensiert werden kann (kein Problem bei B02, B07: Paraphrasen 117, 168; Problem bei B05, B06: Paraphrasen 160, 161).

Die letztgenannten Überlegungen treffen auch auf die Kategorie ‚Mobilität‘ (K 5\*) zu. Die Einschränkung der Mobilität wird nur dann zum Pflegeproblem, wenn sie nicht aus eigener Kraft (den selbstständigen Gebrauch von Hilfsmitteln eingeschlossen) ausgeglichen werden kann. Da sich diese Kategorie im Auswertungsprozess als Indikator für den gesundheitlichen Entwicklungsprozess herausbildet (Mobilität und positiver Entwicklungsprozess, Paraphrase 28; Mobilität und negativer Entwicklungsprozess, Paraphrasen 134, 138), liegt es nahe, sie in die Kategorie ‚gesundheitlicher Entwicklungsprozess‘ zu integrieren.

Die Kategorie ‚Krankheitsausmaß‘ (K 6\*) kann die Kategorien ‚Erschöpfung‘ (K 13\*) und ‚Symptomkontrolle‘ (K 14\*) aufnehmen, da dies (subjektive und objektive) Attribute sind, die ungeachtet der Krankheit, ihr Ausmaß mitbestimmen.

Die Kategorie ‚Bedürfnis nach Beachtung‘ (K 2\*) kann als Ausdruck des Bedürfnisses nach emotionaler Unterstützung aufgefasst werden und wird in die Kategorie ‚pflegerisches Unterstützungsbedürfnis‘ (K 3\*) integriert.

---

<sup>19</sup> „Selbstpflege ist die Ausführung von Aktivitäten, die einzelne Menschen in ihrem eigenen Interesse für das Erhalten ihres Lebens und Wohlbefindens sowie ihrer Gesundheit initiieren und vollbringen“ (Orem, 1997, S 112). Dorothea Orem grenzt Selbstpflege von Dependenzpflege ab, die eine weitere handelnde Person für die Pflege voraussetzt (ebd.).

Die Kategorien ‚Allokation Zeit‘ (K 7\*) und ‚pflegerische Beziehung‘ (K 11\*) sind spezifische Propositionen (Mayring, 2015, S. 46), die sich auf die Kategorie ‚Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis‘ (K 9\*) auswirken. Ein ausgewogenes Verhältnis weist auf gegenseitige Zustimmung von Patienten und Pflegenden in die Interaktion und die dafür benötigte Zeit hin oder zumindest deren Akzeptanz. Ist das Verhältnis unausgewogen, so wird die jeweilige Zustimmung in die Interaktion (mit Zeiteinsatz) inkongruent (der Bedarf ist höher als das Bedürfnis bei B05: Paraphrasen 153, 157; der Bedarf ist geringer als das Bedürfnis bei A02, A04: Paraphrasen 23, 24, 46, 49).

Nach der dritten Reduktion lassen sich sieben Kategorien ableiten (*Tabelle 4*). Ob sie den Textkorpus bilden, der die Dimensionen zu entwickeln hilft, bedarf weiterer Überlegungen, die die Konfiguration miteinbezieht.

**Tabelle 4: Dritter Durchgang der Zusammenfassung**

<b>Kategorie</b>	<b>Generalisierung</b>	<b>Reduktion</b>
<b>K 1*</b>	pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1**</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf
<b>K 2*</b>	Bedürfnis nach Beachtung	<b>K 3**</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
<b>K 3*</b>	pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3**</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
<b>K 4*</b>	gesundheitlicher Entwicklungsprozess	<b>K 4**</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess
<b>K 5*</b>	Mobilität	<b>K 4**</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess
<b>K 6*</b>	Krankheitsausmaß	<b>K 2**</b>
<b>K 7*</b>	Allokation Zeit	<b>K 5**</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis
<b>K 8*</b>	Motivation	<b>K 6**</b> Kompensationsfähigkeit
<b>K 9*</b>	Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis	<b>K 5**</b>

Fortsetzung Tabelle 4		
Kategorie	Generalisierung	Reduktion
K 10*	kognitive Fähigkeiten	<del>Teilkomponente der Kompensationsfähigkeit</del> K 6**
K 11*	pflegerische Beziehung	<del>Teilkomponente des Verhältnisses von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis</del> K 5**
K 12*	Selbstpflegekompetenz	<del>Teilkomponente der Kompensationsfähigkeit</del> K 6**
K 13*	Erschöpfung	<del>Teilkomponente des Krankheitsausmaßes</del> K 2**
K 14*	Symptomkontrolle	<del>Teilkomponente des Krankheitsausmaßes</del> K 2**
K 15*	Kompensationsfähigkeit	<del>Kompensationsfähigkeit</del> K 6**
K 16*	Vorbildfunktion für gesundheitlichen Entwicklungsprozess	K 7** Vorbildfunktion für gesundheitlichen Entwicklungsprozess



#### 5.1.4 Zwischenreflexion und Modifizierung der Auswertung

##### Reflexion 1:

Da die entstandenen Kategorien aus den Aussagen der Gruppendiskussion hervorgehen, diese Aussagen sich wiederum auf die Konfiguration der MDS beziehen, ist es notwendig, den Prozess der qualitativen Inhaltsanalyse zu modifizieren. Mayring (2015) empfiehlt, die Auswertungsmethode flexibel zu nutzen.

„Die Inhaltsanalyse ist kein Standardinstrument, das immer gleich aussieht; sie muss an den konkreten Gegenstand, das Material angepasst sein und auf die konkrete Fragestellung hin konstruiert sein. Dies wird vorab in einem Ablaufmodell festgelegt [...]. Aber auch zusätzlich müssen immer wieder Regeln festgelegt werden“ (S. 51).

Dazu müssen die herausgearbeiteten Kategorien an der Grafik überprüft werden, um festzustellen, ob sie valide sind. Es werden dabei solche Probandenwerte herangezogen, die in der jeweiligen (räumlichen) Dimension die extremsten Positionen einnehmen. Diese Entscheidung wird vor dem Hintergrund getroffen, dass die Grafik die Votes der Pflegekräfte recht angemessen abbildet, aber nicht 1:1 wiedergibt (s. *Kapitel 4.5 Datenanalyse anhand der MDS*). Es ist anzunehmen, dass die größten Distanzen je Dimension die größten Unähnlichkeiten aufzeigen und sich diese Gegensätzlichkeiten auch in der inhaltlichen Dimensionsbildung niederschlagen.

Aus der *Tabelle 5* ist abzulesen, welche Probanden in Extrempositionen berücksichtigt werden:

- für Dimension 1 (D1): B02 und B05, A02
- für Dimension 2(D2): B07, B04 und A05, B01
- für Dimension 3 (D3): B06, B03 und A03, A04

**Tabelle 5: Übersicht über die intervallskalierten Daten der Probanden**

<b>Pro- band</b>	<b>D1 (-0,98 bis 0,64)</b>	<b>D2 (-0,5 bis 0,52)</b>	<b>D3 (-0,41 bis 0,43)</b>	<b>Relevanz für die Di- mensionsfindung</b>
A01	-0,49	-0,25		D1
A02	0,59	-0,35		D1
A03			0,43	D3
A04		-0,23	0,42	D3
A05		-0,5	-0,36	D2
A06	0,34	0,35		D2
A07		0,31	-0,37	D3
B01		-0,47	0,26	D2
B02	-0,98			D1
B03			-0,4	D3
B04	-0,44	0,4		D2
B05	0,64			D1
B06			-0,41	D3
B07		0,52		D2

## Reflexion 2:

In der folgenden *Tabelle 6* werden die sieben Kategorien und ihre Bedeutungshorizonte dargestellt.

*Tabelle 6: Kategorien nach der dritten Reduktion und ihre Bedeutungshorizonte*

<b>Kategorie</b>		<b>Bedeutungshorizont</b>
<b>K 1**</b>	pflegerischer Unterstützungsbedarf	die Unterstützungsleistung, die nach Einschätzung der Pflegekräfte erbracht wird aufgrund eines identifizierten Pflegeproblems
<b>K 2**</b>	Krankheitsausmaß	Auswirkungen einer Erkrankung auf die autonome Lebensführung
<b>K 3**</b>	pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	die Unterstützungsleistung, die sich die Patienten von den Pflegekräften wünschen und die sie von den Pflegekräften erwarten, soweit diese an die Pflegenden herangetragen werden
<b>K 4**</b>	gesundheitlicher Entwicklungsprozess	Prozess der Kompensationsleistung auf die Auswirkungen einer Erkrankung
<b>K 5**</b>	Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis	Grad der gegenseitigen Zustimmung von Patienten und Pflegenden in die pflegerische Interaktion
<b>K 6**</b>	Kompensationsfähigkeit	Gesamtheit der Kompetenzen, die der Patient zur Verfügung hat oder in Anspruch nimmt, um die Auswirkungen der Erkrankung auszugleichen, mit dem Ziel der (möglichst) autonomen Lebensführung
<b>K 7**</b>	Vorbildfunktion für gesundheitlichen Entwicklungsprozess	Strategien und persönliche Haltung für einen positiven gesundheitlichen Entwicklungsprozess, die Nachahmung evozieren

Um im Prozess der Zusammenfassung angemessen voranzugehen, ist es sinnvoll, die sieben Kategorien hinsichtlich ihrer Reduzierbarkeit zu beurteilen. Dabei ist festzustellen, dass jede Kategorie einen Bedeutungshorizont

aufweist, der sich mit anderen Kategorien vernetzen lässt.<sup>20</sup> Das erschwert eine weitere Reduktion:

- die Kategorie ‚Kompensationsfähigkeit‘ (K 6\*\*) hat einen Einfluss auf die Kategorie ‚Krankheitsausmaß‘ (K 2\*\*),
- K 6\*\*, K 4\*\* und K 2\*\* bedingen sowohl den pflegerischen Unterstützungsbedarf (K 1\*\*) als auch das pflegerische Unterstützungsbedürfnis (K 3\*\*),
- K 6\*\* und K 2\*\* bedingen die Kategorie ‚gesundheitlicher Entwicklungsprozess‘ (K 4\*\*),
- die Kategorie ‚Vorbildfunktion für gesundheitlichen Entwicklungsprozess‘ (K 7\*\*) ergibt sich aus K 6\*\* und K 4\*\*,
- K 6\*\* bedingt die Kategorie ‚Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis‘ (K 5\*\*)

Es kann festgehalten werden, dass die Kategorie ‚Kompensationsfähigkeit‘ alle anderen Kategorien beeinflusst. Angewendet auf die Extrempositionen, zeigen die *Tabellen 7, 8 und 9*, dass diese Kategorie zwar in allen drei Dimensionen eine Bedeutung hat, aber kein Alleinstellungsmerkmal für eine Dimension bildet. Entweder kann sie als gemeinsame Kategorie für die gegensätzlichen Positionen einer Dimension herausgefiltert werden wie bei Dimension 1 und Dimension 2 oder zumindest für eine Extremposition wie bei Dimension 3. Ähnliches kann auch für weitere Kategorien ausgesagt werden, wie aus der Übersicht hervorgeht:

- ‚pflegerischer Unterstützungsbedarf‘ (K 1\*\*): gemeinsame Kategorie der Dimensionen 2 und 3
- ‚Krankheitsausmaß‘ (K 2\*\*): Kategorie, die in allen Dimensionen eine Bedeutung hat, wenn auch teilweise nur bzgl. einer Extremposition
- ‚pflegerisches Unterstützungsbedürfnis‘ (K 3\*\*): Kategorie, die in allen Dimensionen eine Bedeutung hat, wenn auch teilweise nur bzgl. einer Extremposition
- ‚gesundheitlicher Entwicklungsprozess‘ (K 4\*\*): Kategorie, die in allen Dimensionen eine Bedeutung hat, wenn auch teilweise nur bzgl. einer Extremposition
- ‚Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis‘ (K 5\*\*): gemeinsame Kategorie der Dimensionen 1 und 3

---

<sup>20</sup> Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit dieser Einschätzung konnte von einer Studierenden der Pflegewissenschaft bestätigt werden. Sie setzt im Rahmen ihrer Masterthesis ebenfalls ein qualitatives Verfahren (Narrative Inquiry) ein.

- ‚Kompensationsfähigkeit‘ (K 6\*\*): Kategorie, die in allen Dimensionen eine Bedeutung hat, wenn auch teilweise nur bzgl. einer Extremposition

Nur die Dimension 1 kann als Alleinstellungsmerkmal die Kategorie ‚Vorbildfunktion für den gesundheitlichen Entwicklungsprozess‘ (K 7\*\*) an einer Extremposition nachweisen.

#### Modifiziertes Vorgehen

- Es wird entschieden, dass die sieben Kategorien zunächst beibehalten und nicht weiter reduziert werden, da sie sich weder über- noch unterordnen lassen.
- Die tabellarischen Übersichten (*Tabellen 7, 8, 9*) stellen die sukzessive Kategorienbildung heraus. Die Extrempositionen jeder Dimension sind blau bzw. gelb markiert. Aus den Tabellen ist zu entnehmen, dass gegensätzliche Pole nach der dritten Reduktion denselben Kategorien‘ (K\*\*) angehören. Weil sich daraus keine sinnvollen Aussagen bzgl. ihrer Qualitäten treffen lassen (die ja idealtypisch konträr ausfallen sollten), ist es legitim, in der Kategorienentwicklung so weit zurück zu gehen, dass qualitative Angaben erkennbar werden. Das ist nach der ersten Reduktion der Fall.

*Tabelle 7: Kategorienentwicklung der Extrempunkte der Dimension 1*

	Kategorien nach erster Reduktion	Kategorien nach zweiter Reduktion	Kategorien nach dritter Reduktion
<b>B02</b>	<b>K 34</b> kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3*</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3**</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	<b>K 38</b> hohe Selbstpflegekompetenz	<b>K 12*</b> Selbstpflegekompetenz	<b>K 6**</b> Kompensationsfähigkeit
	<b>K 39</b> ausgewogenes Verhältnis: geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf und geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 9*</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis	<b>K 5**</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis

Fortsetzung Tabelle 7			
	Kategorien nach erster Reduktion	Kategorien nach zweiter Reduktion	Kategorien nach dritter Reduktion
<b>B02</b>	<b>K 40</b> hohe Kompensationsfähigkeit bei leichter kognitiver Einschränkung	<b>K 15*</b> Kompensationsfähigkeit	<b>K 6**</b>
	<b>K 41</b> Vorbild für gesundheitlich positiven Entwicklungsprozess	<b>K 16*</b> Vorbild für gesundheitlichen Entwicklungsprozess	<b>K 7**</b> Vorbild für gesundheitlichen Entwicklungsprozess
<b>B05</b>	<b>K 11</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf in Teilbereichen	<b>K 1*</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1**</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf
	<b>K 24</b> Motivationsverlust	<b>K 8*</b> Motivation	<b>K 6**</b> Kompensationsfähigkeit
	<b>K 34</b> kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3*</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3**</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	<b>K 44</b> unausgewogenes Verhältnis: pflegerischer Unterstützungsbedarf höher als pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 9*</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis	<b>K 5**</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis
<b>A 02</b>	<b>K 2</b> geringes Bedürfnis nach Beachtung	<b>K 2*</b> Bedürfnis nach Beachtung	<b>K 3**</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	<b>K 9</b> hohes Bedürfnis nach Beachtung		
	<b>K 4</b> positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess	<b>K 4*</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess	<b>K 4**</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess

Fortsetzung Tabelle 7			
	Kategorien nach erster Reduktion	Kategorien nach zweiter Reduktion	Kategorien nach dritter Reduktion
<b>A02</b>	<b>K 6</b> positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess aufgrund positiver gesundheitlicher Bedingungen und persönlicher Haltung (Zuversicht)		
	<b>K 8</b> Pflegerkräfte vereinahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3*</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3**</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	<b>K 10</b> erhebliches Krankheitsausmaß	<b>K 6*</b> Krankheitsausmaß	<b>K 2**</b> Krankheitsausmaß
	<b>K 11</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf in Teilbereichen	<b>K 1*</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1**</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf
	<b>K 12</b> Gerechtigkeitsempfinden der Pflegekräfte für die Ressource Zeit, Allokation Zeit als Problem, da von Patienten unrechtmäßig eingefordert	<b>K 7*</b> Allokation Zeit	<b>K 5**</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis
	<b>K 13</b> Motivation vorhanden	<b>K 8*</b> Motivation	<b>K 6**</b> Kompensationsfähigkeit
	<b>K 18</b> unausgewogenes Verhältnis: hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis bei geringerem pflegerischem Unterstützungsbedarf	<b>K 9*</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis	<b>K 5**</b>

*Tabelle 8: Kategorienentwicklung der Extrempunkte der Dimension 2*

	Kategorien nach erster Reduktion	Kategorien nach zweiter Reduktion	Kategorien nach dritter Reduktion
<b>B07</b>	<b>K 4</b> positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess	<b>K 4*</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess	<b>K 4**</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess
	<b>K 34</b> kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3*</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3**</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	<b>K 38</b> hohe Selbstpflegekompetenz	<b>K 12*</b> Selbstpflegekompetenz	<b>K 6**</b> Kompensationsfähigkeit
	<b>K 40</b> hohe Kompensationsfähigkeit bei leichter kognitiver Einschränkung	<b>K 15*</b> Kompensationsfähigkeit	<b>K 6**</b>
<b>B04</b>	<b>K 3</b> geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3*</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3**</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	<b>K 5</b> selbstständige Mobilität mit Hilfsmitteln	<b>K 5*</b> Mobilität	<b>K 4**</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess
	<b>K 15</b> geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1*</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1**</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf
	<b>K 38</b> hohe Selbstpflegekompetenz	<b>K 12*</b> Selbstpflegekompetenz	<b>K 6**</b> Kompensationsfähigkeit
<b>A05</b>	<b>K 20</b> hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1*</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1**</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf



Fortsetzung Tabelle 8			
	Kategorien nach erster Reduktion	Kategorien nach zweiter Reduktion	Kategorien nach dritter Reduktion
<b>A05</b>	<b>K 8</b> Pflegekräfte verein- nahmt, hohes pflegeri- sches Unterstützungs- bedürfnis	<b>K 3*</b> pflegerisches Un- terstützungsbe- dürfnis	<b>K 3**</b> pflegerisches Un- terstützungsbe- dürfnis
	<b>K 21</b> hohes Bedürfnis nach Beachtung und Solida- ritätserwartung	<b>K 2*</b> Bedürfnis nach Be- achtung	<b>K 3**</b> pflegerisches Un- terstützungsbe- dürfnis
	<b>K 22</b> negativer gesundheits- licher Entwicklungs- prozess	<b>K 4*</b> gesundheitlicher Entwicklungspro- zess	<b>K 4**</b> gesundheitlicher Entwicklungspro- zess
	<b>K 23</b> Erschöpfung	<b>K 13*</b> Erschöpfung	<b>K 2**</b> Krankheitsausmaß
	<b>K 24</b> Motivationsverlust	<b>K 8*</b> Motivation	<b>K 6**</b> Kompensationsfä- higkeit
	<b>K 27</b> keine Kraft und kein Wille zur Genesung		
	<b>K 25</b> Mobilitätsverlust	<b>K 5*</b> Mobilität	<b>K 4**</b>
	<b>K 26</b> insuffiziente Symp- tomkontrolle	<b>K 14*</b> Symptomkontrolle	<b>K 2**</b>
	<b>K 10</b> erhebliches Krank- heitsausmaß	<b>K 6*</b> Krankheitsausmaß	<b>K 2**</b>
<b>B01</b>	<b>K 1</b> mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1*</b> pflegerischer Un- terstützungsbedarf	<b>K 1**</b> pflegerischer Un- terstützungsbedarf
	<b>K 4</b> positiver gesundheitsli- cher Entwicklungspro- zess	<b>K 4*</b> gesundheitlicher Entwicklungspro- zess	<b>K 4**</b> gesundheitlicher Entwicklungspro- zess
	<b>K 10</b> erhebliches Krank- heitsausmaß	<b>K 6*</b> Krankheitsausmaß	<b>K 2**</b> Krankheitsausmaß

Fortsetzung Tabelle 8			
	Kategorien nach erster Reduktion	Kategorien nach zweiter Reduktion	Kategorien nach dritter Reduktion
<b>B01</b>	<b>K 20</b> hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1*</b>	<b>K 1**</b>
	<b>K 37</b> eingeschränkte Selbstpflegekompetenz	<b>K 12*</b> Selbstpflegekompetenz	<b>K 6**</b> Kompensationsfähigkeit

*Tabelle 9: Kategorienentwicklung der Extrempunkte der Dimension 3*

	Kategorien nach erster Reduktion	Kategorien nach zweiter Reduktion	Kategorien nach dritter Reduktion
<b>A03</b>	<b>K 1</b> mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1*</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1**</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf
	<b>K 11</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf in Teilbereichen		
	<b>K 15</b> geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf		
	<b>K 4</b> positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess	<b>K 4*</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess	<b>K 4**</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess
	<b>K 16</b> erhaltene kognitive Fähigkeiten	<b>K 10*</b> kognitive Fähigkeiten	<b>K 6**</b> Kompensationsfähigkeit
<b>A04</b>	<b>K 8</b> Pflegekräfte vereinnahmt, hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3*</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 3**</b> pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
	<b>K 17</b> belastende pflegerische Beziehung	<b>K 11*</b> pflegerische Beziehung	<b>K 5**</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis

Fortsetzung Tabelle 9			
	Kategorien nach erster Reduktion	Kategorien nach zweiter Reduktion	Kategorien nach dritter Reduktion
<b>A04</b>	<b>K 9</b> hohes Bedürfnis nach Beachtung	<b>K 2*</b> Bedürfnis nach Beachtung	<b>K 3**</b>
	<b>K 18</b> unausgewogenes Verhältnis: hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis bei geringerem pflegerischem Unterstützungsbedarf	<b>K 9*</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis	<b>K 5**</b>
	<b>K 19</b> Selbstpflegekompetenz in Teilbereichen	<b>K 12*</b> Selbstpflegekompetenz	<b>K 6**</b> Kompensationsfähigkeit
	<b>K 11</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf in Teilbereichen	<b>K 1*</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1**</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf
<b>B06</b>	<b>K 20</b> hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1*</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1**</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf
	<b>K 10</b> erhebliches Krankheitsausmaß	<b>K 6*</b> Krankheitsausmaß	<b>K 2**</b> Krankheitsausmaß
<b>B03</b>	<b>K 10</b> erhebliches Krankheitsausmaß	<b>K 6*</b> Krankheitsausmaß	<b>K 2**</b> Krankheitsausmaß
	<b>K 22</b> negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess	<b>K 4*</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess	<b>K 4**</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess
	<b>K 14</b> ausgewogenes Verhältnis: hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf und hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 9*</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis	<b>K 5**</b> Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis

Fortsetzung Tabelle 9			
	Kategorien nach erster Reduktion	Kategorien nach zweiter Reduktion	Kategorien nach dritter Reduktion
<b>B03</b>	<b>K 43</b> negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess bis hin zu sehr hohem pflegerischem Unterstützungsbedarf	<b>K 1*</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf	<b>K 1**</b> pflegerischer Unterstützungsbedarf
	<b>K 20</b> hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf		
	<b>K 25</b> Mobilitätsverlust	<b>K 5*</b> Mobilität	<b>K 4**</b> gesundheitlicher Entwicklungsprozess

Sowohl die sieben Kategorien als auch die Qualitätsaussagen bilden die Grundlage für die Dimensionsentwicklung (*Kapitel 5.2*).

## 5.2 Dimensionsentwicklung

Im nächsten Schritt werden die Extrempositionen tabellarisch in ihren Qualitäten (aus dem ersten Reduktionsvorgang) gegenübergestellt (*Tabellen 10 bis 12*). Hier zeigt sich, dass nicht alle Kategorien an beiden Polen besetzt sind. Um Dimensionen inhaltlich bestimmen zu können, erweist es sich als nützlich sowohl eine oder mehrere Kategorien, die beide Pole betreffen, auszuwählen als auch die Tabelle als Ganzes zu berücksichtigen. Gemäß dem Prozessmodell der induktiven Kategorienbildung wird das Ausgangsmaterial (Paraphrasen) ergänzend hinzugezogen, um die Dimensionsbedeutung zu stützen bzw. zu validieren.

### 5.2.1 Entfaltung der ersten Dimension

Wie aus *Tabelle 10* abzulesen ist, lässt die erste Dimension an einem der Pole (blau) ein einheitliches Bild (des Probanden) entstehen, welches durch seine hohe Kompensationsfähigkeit zum einen eine geringe pflegerische Interaktion verlangt und zum anderen eine edukative ‚Strahlkraft‘ besitzt, die es vermag, Mitpatienten zu selbstständiger Kompensation zu befähigen. Das Wesen dieser Dimension kann mit dem gesundheitswissenschaftlichen Terminus ‚**Gesundheitskompetenz**‘ bezeichnet werden. Im Sinne von Ilona Kickbusch und Daniela Maag wird Gesundheitskompetenz verstanden als

Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, in seinem täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Es werden fünf Bereiche<sup>21</sup> identifiziert, auf die sich die Gesundheitskompetenz erstreckt (Stutz-Steiger, 2011, S. 4).

Für die Charakterisierung der Dimension 1 sind die ersten beiden Bereiche relevant:

- (1) persönliche Gesundheit: individuelle Gestaltung der Gesundheit; Wissen und Anwendung von entsprechendem Verhalten bei Selbstmanagement (und Betreuung der Familie)
- (2) Systemorientierung: die Fähigkeit, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und gegenüber dem Fachpersonal als kompetente Partnerin aufzutreten (ebd.).

Die Gesundheitskompetenz ist an diesem Pol stark ausgeprägt, da der Repräsentant über ein positives gesundheitliches Selbstmanagement verfügt, das sich auch positiv auf sein unmittelbares soziales Umfeld auswirkt (Paraphrase 111: *die Beste gewesen, die Selbstständigste von allen*; Paraphrase 122: *B02 war ein Vorbild für B07, hat ihr Selbstständigkeit gezeigt (ich geh' allein da, ich mach' da)*). Ebenso wird der Proband von den Pflegenden als kompetenter Partner wahrgenommen (Paraphrase 128: *hat wenig bekommen, weil sie eigentlich wenig brauchte und wir es wissen, dass sie wenig brauchte*).

Am entgegengesetzten Pol der Dimension 1 (gelb) zeigen sich ambivalente Züge, die nicht allein dadurch hervorgerufen werden, dass zwei Probanden repräsentativ sind (es gibt eine gemeinsame Kategorie K 1\*\*). In den Kategorien K 3\*\* und K 6\*\* sind zum Teil gleiche oder ähnliche Ausprägungen bei entgegengesetzten Polen und entgegengesetzte Ausprägungen bei gleichem Pol zu erkennen. Deshalb ist es naheliegend, das ‚Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis‘ (K 5\*\*) näher zu beleuchten, da hier die gegensätzlichen Pole auch gegensätzliche Qualitäten aufweisen. Diese werden am konkreten Material überprüft.

Bei Proband B05 lässt das Missverhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis darauf schließen, dass er seine gesundheitliche Verfassung nicht angemessen einschätzen kann (Paraphrase 150: *Herz-OP, depressiv, träge quasi, schwerfällig, besser: schwer-*

---

<sup>21</sup> Bereiche: (1) persönliche Gesundheit, (2) Systemorientierung, (3) Konsumverhalten, (4) Arbeitswelt, (5) Gesundheitspolitik

mütig; Paraphrase 157: *hätte mehr gebraucht, hat aber nicht mehr bekommen, weil er es nicht wollte*). Die Kompensationsangebote der Pflegenden schlägt er aus (Paraphrase 149: *brauchte wenig Hilfe und Zeit von Pflegekräften, weil er alles abgelehnt hat*; Paraphrase 151: *wollte keine Hilfe, hat viel verweigert*), weil er deren Sinnhaftigkeit verkennt (Paraphrase 158: *das Verhältnis zwischen dem wenigen Zeitaufwand, der gemacht wurde und dem, der nötig gewesen wäre, war nicht gut*). Infolgedessen führen die Pflegenden trotzdem Unterstützungsmaßnahmen in fachlicher Verantwortung durch. (Paraphrase 154: *hat den Speiseraum und sein Zimmer nie gefunden, brauchte viel Orientierungshilfe*; Paraphrase 156: *musste ständig aus dem Bett genommen werden, weil er nur im Bett lag*)<sup>22</sup>.

Das lässt auf eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz im o. g. Sinne schließen, da der Proband weder über ein positives gesundheitliches Selbstmanagement verfügt, noch bereit ist, zusammen mit den Pflegenden auf die Verbesserung seines Gesundheitszustands hinzuwirken.

Bei Proband A02 tritt das Missverhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis mit umgekehrten Vorzeichen auf. Trotz eines zwar langsamen, aber durchaus positiven gesundheitlichen Entwicklungsprozesses (Paraphrase 33: *wurde besser, wurde in der Verlängerung richtig fit, anfangs auch sehr schwach*) und zunehmender Kompensationsfähigkeit (Paraphrase 18: *hat viel mitgemacht*; Paraphrase 32: *war motiviert, wollte auch*; Paraphrase 34: *hatte eine andere Art als A05, die gar nicht mehr fit geworden ist und die Schnauze voll hatte*), bleibt ein hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis bestehen (Paraphrase 13: *sehr viel auch außerhalb in Anspruch genommen, viel Zeit für sich eingenommen*; Paraphrase 16: *sehr in Anspruch nehmend, über die Maße hinaus*). Die objektiv nachvollziehbaren Indikatoren des gesundheitlichen Fortschritts (beispielsweise Paraphrase 28: *Transfer am Anfang schrecklich, mit Drehscheibe eine Katastrophe, Durchführung mit zwei oder drei Personen, zum Schluss fast selbständig im Transfer*) bestärken ihn nicht ausreichend, um sich selbst zu vertrauen und unabhängiger zu werden. Deshalb wird die Anwesenheit der Pflegenden gleichermaßen eingefordert, ungeachtet der Tatsachen, dass eine gewisse Selbstständigkeit wiedererlangt ist und dass die Bedingungen des Settings überstrapaziert werden. (Paraphrase 23: *trotzdem ihre Zeit*

---

<sup>22</sup> „Einschränkung der Mobilität und selbständigen Bewegungsfähigkeit ist die Folge vieler Krankheiten des geriatrischen Patienten. Dadurch verringert sich der Raum der aktiven Lebensgestaltung, die Stimuli der Umwelt werden seltener, soziale Kontakte nehmen ab. Immobilität birgt die Gefahr der kognitiven und emotionalen Deprivation (Reizverarmung) mit sich [...]“ (Runge, Martin, Gisela, Rehfeld (1995). *Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team*. Esslingen: Thieme, S. 203)

*genommen für irgendeinen anderen Kram; Paraphrase 24: nach wie vor anspruchsvoll).* Im Sinne der o. g. Gesundheitskompetenz ist der Proband mit dem gesundheitlichen Selbstmanagement überfordert und zieht ein Abhängigkeitsverhältnis gegenüber den Pflegenden einer Partnerschaft vor.

**Tabelle 10: Dimension 1 Gegenüberstellung der Extrempositionen**

Qualität		Qualität	
		B05	A02
B02		pflegerischer Unterstützungsbedarf in Teilbereichen	
	K 1**		erhebliches Krankheitsausmaß
	K 2**		sehr hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 3**	kein pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	
	K 4**		positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess
ausgewogenes Verhältnis: geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf und geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 5**	unausgewogenes Verhältnis: pflegerischer Unterstützungsbedarf höher als pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	unausgewogenes Verhältnis: pflegerischer Unterstützungsbedarf geringer als pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
hohe Kompensationsfähigkeit	K 6**	Verlust der Kompensationsfähigkeit	vorhandene Kompensationsfähigkeit
Vorbildfunktion für gesundheitlichen Entwicklungsprozess	K 7**		



### 5.2.2 Entfaltung der zweiten Dimension

Die Gegenüberstellung (*Tabelle. 11*) lässt drei Kategorien erkennen, die an den entgegengesetzten Polen gegensätzliche Qualitäten aufweisen: ‚pflegerischer Unterstützungsbedarf‘ (K 1\*\*), ‚pflegerisches Unterstützungsbedürfnis‘ (K 3\*\*) und ‚Kompensationsfähigkeit‘ (K 6\*\*).

Auffällig ist jeweils die etwa gleiche Ausprägung von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis, welche an einem Pol hoch (gelb) und am anderen gering (blau) ausfällt. Selbst wenn die Kategorie ‚Verhältnis von pflegerischem Unterstützungsbedarf und pflegerischem Unterstützungsbedürfnis‘ (K 5\*\*) in der Gegenüberstellung nicht direkt expliziert werden kann, lassen die gleichen Qualitäten der Kategorien K 1\*\* und K 3\*\* auf eine Ausgewogenheit schließen. Gewiss haben die Pflegenden bei diesen Probanden die Urteile so klar treffen können, dass es nicht nötig war, die Relationen zwischen pflegerischem Unterstützungsbedarf und Unterstützungsbedürfnis auszudrücken.

Da sich die beiden Kategorien ‚pflegerischer Unterstützungsbedarf‘ (K 1\*\*) und ‚pflegerisches Unterstützungsbedürfnis‘ (K 3\*\*) in ihren Qualitätsausprägungen entsprechen, ist es naheliegend, den Fokus bei der Identifizierung der Dimension 2 darauf zu richten.

Die Unterstützungsleistung, die von den Pflegenden erbracht wird aufgrund erkannter Pflegeprobleme und die Unterstützungsleistung, die von den Patienten erwartet wird, erlangen eine deutliche Übereinstimmung (Kongruenz). Die Fremd- und Eigeneinschätzung über die erforderliche pflegerische Unterstützung sowie die Verständigung darüber, bewirken eine angemessene Interaktion mit einem entsprechenden Zeiteinsatz. (Paraphrase 144: *hat alles selber gemacht*; Paraphrase 146: *eigentlich gar keine Zeit beansprucht*; Paraphrase 172: *keine Hilfe von Pflegekräften für sich in Anspruch genommen*; Paraphrase 175: *war verlässlich in dem, was sie macht*; UND Paraphrase 60: *sehr aufwendig*; Paraphrase 62: *sehr, sehr beanspruchend*; Paraphrase 72: *gar nicht mehr fit geworden*; Paraphrase 73: *hatte die Schnauze voll, wollte wirklich nicht mehr*).

Im Sinne interaktionsorientierter Pflege-theorien findet ein reziproker Einschätzungsprozess statt, bei dem die Situation die Bedürfnisse und die pflegerische Versorgung bestimmt (Meleis, 1999, S. 313).

Der Interaktionsprozess gestaltet sich entlang der Kompensationsfähigkeit entweder mehr oder weniger intensiv (dicht). Das Wesen der Dimension 2 kann deshalb als **Dichte der kongruenten pflegerischen Interaktion** zusammengefasst werden.

Um einem Eindruck von Tautologie entgegenzuwirken – pflegerische Unterstützung bestehe bei pflegerischem Unterstützungsbedürfnis sowie bei pflegerischem Unterstützungsbedarf – sei nochmals auf das hingewiesen, was

die zweite Dimension zum Ausdruck bringt: dass die Übereinstimmung in der Wahrnehmung von Pflegeperson und Patient die pflegerische Interaktion leitet.

Die Dimension 2 lässt sich in den Begrifflichkeiten Orems (1997) fassen, die von einer komplementären Beziehung zwischen Pflegendem und Patient spricht.

„Komplementär bedeutet, daß die pflegerische Leistung durch Pflegende und die Partizipation der Patienten ein vollständiges Handlungssystem schafft, um die regulatorischen Ziele zu verwirklichen, die durch den situativen Selbstpflegebedarf des Patienten definiert sind“ (Orem, 1997, S. 77).

Die Begrifflichkeit ‚Situativer Selbstpflegebedarf‘ in der Konzeption von Orem, entspricht der o. g. Begrifflichkeit ‚erforderliche pflegerische Unterstützung‘ in der Entfaltung der zweiten Dimension.

Zwar kann auch eine pflegerische Unterstützung vorliegen, wenn die pflegerische Interaktion inkongruent ausfällt, doch ist sie dann schwerer zu bestimmen. Wie an den exemplarischen Repräsentanten der Dimension 1 nachvollzogen werden kann, ist sie in dem Fall inhaltlich anders ausgestattet.

**Tabelle 11: Dimension 2 Gegenüberstellung der Extrempositionen**

Qualität			Qualität	
B07	B04		A05	B01
geringer pflegerischer Unterstützungsbedarf (bei Proband B07 erschlossen durch Vergleiche mit Proband B02 in den Paraphrasen 163, 164, 165, 167)		<b>K 1**</b>	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf	mäßiger bis hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf
kein pflegerischer Unterstützungsbedarf	geringes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	<b>K 2**</b>	erhebliches Krankheitsausmaß	
positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess		<b>K 3**</b>	hohes bis sehr hohes Unterstützungsbedürfnis	pflegerisches
hohe Kompensationsfähigkeit		<b>K 4**</b>	negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess	positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess
		<b>K 6**</b>	Verlust der Kompensationsfähigkeit	eingeschränkte Kompensationsfähigkeit

### 5.2.3 Entfaltung der dritten Dimension

In der Dimension 3 fällt die Kategorie ‚gesundheitlicher Entwicklungsprozess‘ (K 4\*\*) deutlich auf, da die gegensätzlichen Pole auch gegensätzliche Qualitäten aufweisen (*Tabelle 12*). Obwohl diese Kategorie in den beiden anderen Dimensionen 1 und 2 ebenfalls vorkommt, zeichnet sich hier ein eindeutiges Bild ab.

Der gesundheitliche Entwicklungsprozess verläuft negativ bei einem erheblichen Krankheitsausmaß. Die eigenen fehlenden Kompensationsfähigkeiten werden zwar nicht als Kategorie ausgewiesen, sind aber in den Paraphrasen zum gesundheitlichen Entwicklungsprozess implizit enthalten und können aus ihnen erschlossen werden (Paraphrasen 134: *ging es so schlecht zuletzt, komplett Hilfe gebraucht*; Paraphrase 138: *zeitweise noch nicht mal aus dem Bett zu holen, kaum mehr zu mobilisieren*). Infolge dessen ergibt sich ein hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf. Beiden Repräsentanten wird in den Paarvergleichen große Ähnlichkeit zugeschrieben (Paraphrase 133: *[B03] war bzgl. Pflegeaufwand B06 sehr ähnlich*; Paraphrase 162: *[B06] war bzgl. Pflegeaufwand B03 sehr ähnlich*).

Die beiden Repräsentanten des entgegengesetzten Pols (blau) zeigen sich zwar weniger einheitlich, dennoch kann der o. g. Argumentation gefolgt werden. Der gesundheitliche Entwicklungsprozess verläuft positiv bei erhaltenen Kompensationsfähigkeiten, die mit geringem bis mäßigem pflegerischem Unterstützungsbedarf einhergehen. Das Krankheitsausmaß schlägt sich nicht in einer Kategorie nieder, woraus geschlossen werden kann, dass die Qualität nicht erheblich ist und bei der Beurteilung durch die Pflegenden keine Relevanz hat.

Die dritte Dimension kann demzufolge mit **gesundheitlichem Entwicklungsprozess** beschrieben werden.

**Tabelle 12: Dimension 3 Gegenüberstellung der Extrempositionen**

Qualität			Qualität	
A03	A04		B06	B03
geringer bis mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf	mäßiger pflegerischer Unterstützungsbedarf	K 1**	hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf	
		K 2**	erhebliches Krankheitsausmaß	
	hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 3**		
positiver gesundheitlicher Entwicklungsprozess		K 4**		negativer gesundheitlicher Entwicklungsprozess
	unausgewogenes Verhältnis: pflegerischer Unterstützungsbedarf geringer pflegerisches Unterstützungsbedürfnis	K 5**		ausgewogenes Verhältnis: hoher pflegerischer Unterstützungsbedarf und hohes pflegerisches Unterstützungsbedürfnis
erhaltene Kompensationsfähigkeit	Kompensationsfähigkeit in Teilbereichen	K 6**		

### 5.3 Auswertung der Stress Decomposition Chart

Mit der Stress Decomposition Chart liefert RStudio eine Grafik, die die Probanden bezüglich ihres Anteils am Stress-Wert darstellt. Wie Borg (2000) anmerkt, lassen sich nicht alle Datenwerte gleich gut durch die Konfiguration repräsentieren, denn der einzelne Proband kann von den Pflegenden je unterschiedlich eingeschätzt werden. Während des Optimierungsprozesses mit Smacof sorgen Transformationen ambivalenter Daten dafür, dass der Stress-Wert steigt.

In der Übersicht (*Abbildung 13*) fallen die Probanden A03, A06 und A07 auf, die jeweils mit ca. 8,5% den größten Anteil am Stress-Wert haben. Den geringsten Anteil hat Proband B06 mit < 5,5%. Zwischen diesen Probanden liegt eine Differenz von ca. 3% Punkten, d. h. alle Probandeneinschätzungen unterscheiden sich nicht erheblich hinsichtlich ihrer Transformierbarkeit.

Geringe Differenzen zwischen den Probanden im Anteil am relativ kleinen Stress-Wert bedeutet, dass die Pflegenden das Rating-Verfahren mit vorwiegend einheitlichen Vorstellungen durchgeführt haben, sodass bei der Aggregation der Personen keine nennenswerten Outlier zustande kommen. Es ist davon auszugehen, dass den Einschätzungen der Pflegenden eine bestimmte Systematik zugrunde liegt, die zuvor zwar nicht abgestimmt wurde, die aber alle teilen.

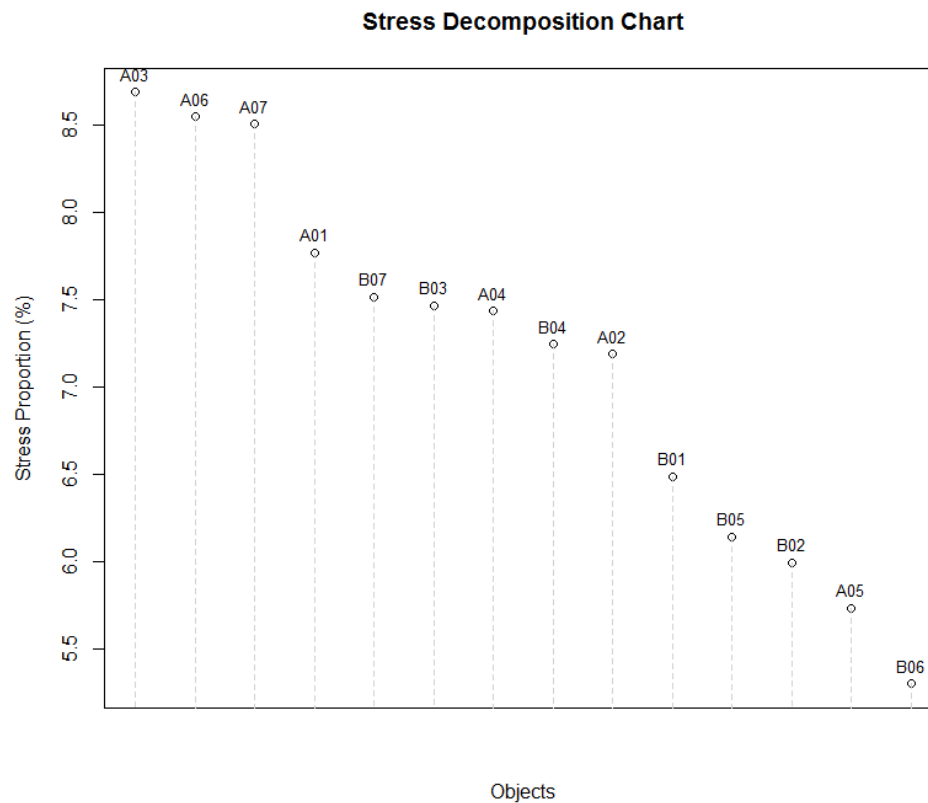
Dennoch soll nachvollzogen werden, ob sich der höhere Anteil am Stress-Wert der Probanden A03, A06 und A07 in den Informationen der Gruppendiskussion wiederfindet.

Das ist bei A03 nicht der Fall, da die kommunizierten Inhalte ein eindeutiges Bild ergeben, bei dem die positive Beurteilung des gesundheitlichen Entwicklungsprozesses unmissverständlich zum Ausdruck kommt. Die Position in der Konfiguration ist ebenfalls eindeutig, da A03 einen Pol der dritten Dimension repräsentiert.

Bei A06 nehmen die Pflegenden die Motivation zur Selbstpflege wahr, sind sich aber nicht sicher, wie verlässlich die Handlungen des Probanden tatsächlich sind. Aufgrund kognitiver Einschränkungen, die sich auf die Kommunikation ausgewirkt haben könnte, ist die Selbstpflegekompetenz weniger klar bestimmbar. Deshalb ist es möglich, dass sich auch beim Rating-Verfahren unterschiedliche Wahrnehmungen niederschlagen und insofern die Transformation von Data in Distanzen beeinflussen.

Der Proband A07 wird überwiegend als selbstständig charakterisiert, benötigt jedoch punktuell viel Unterstützung. Das zeigt sich an seiner Position im Raum. Wird der Proband bezüglich Dimension 2 betrachtet, ist die Dichte kongruenter pflegerischer Interaktionen gering. Aus Sicht der dritten Dimension fällt der gesundheitliche Entwicklungsprozess eher negativ aus, obwohl er positiv geschildert wird (Paraphrase 92: *wurde regulär entlassen, er hat*

*das auch gut gemacht*). Möglicherweise kann dies darauf zurückgeführt werden, dass die Amputation von Gliedmaßen ein terminales und irreversibles Faktum ist und deshalb als ein erheblicher Einschnitt in die gesundheitliche und persönliche Integrität wahrgenommen wird, die die Tatsache der vorhandenen Kompensationsfähigkeit mitunter überdeckt (Paraphrase 93: *vom Zeitaufwand gering, aber vom Krankheitsbild schwerer betroffen als B07*). Das könnte die Transformation von Data in Distanzen beeinträchtigt haben.



**Abbildung 13: Stress Decomposition Chart**

## 5.4 Auswertung der individuellen Gewichtungen der Pflegekräfte

Das MDS Verfahren INDSCAL vermag unterschiedliche Gewichtungen der Pflegekräfte zu modellieren (*Abbildung 14*). Dabei ermöglicht die Funktion Smacof IndDiff herauszustellen, welche Dimension für die einzelne Pflegekraft, verglichen mit den anderen Pflegekräften, vorrangig ist (farbige Markierung). Vergleiche zwischen den Dimensionen einer Pflegekraft zu ziehen, erlaubt diese Funktion nicht. „Die Dimensionsgewichte lassen sich also intraindividuell nicht über die Dimensionen hinweg vergleichen. Vergleichbar ist nur die Ordnung der Gewichte verschiedener Personen für die gleiche Dimension. [...]“ (Borg, 2010, S. 63 f).

Die numerischen Relationen der individuellen Gewichtungen können nach der Auswertung der Gruppendiskussion inhaltlich bestimmt werden. Dementsprechend gewichtet die Pflegekraft P03 die Dimension 1 ‚Gesundheitskompetenz‘ der Probanden am stärksten. Während der Gruppendiskussion ist der Redeanteil dieser Pflegekraft zwar am geringsten, doch gibt sie entscheidende Impulse, die die Dimension 1 an einem Pol konturieren. Sie beschreibt den repräsentativen Probanden B05 nicht nur als jemand, der pflegerische Unterstützung ablehnt, sondern begründet, warum man ihm diese Hilfe trotzdem angedeihen lassen muss. Insofern erkennt sie die eingeschränkte gesundheitliche Kompetenz und kann sie anhand konkreter Handlungen benennen.

Transkript Zeile 1063 – 1067:

*P03: Also, der B05 hat nie den Speiseraum gefunden, er hat nie sein Zimmer gefunden, der musste immer, brauchte sehr viel Orientierungshilfe (.) (P04: Mhm.), war inkontinent (.) und der musste halt ständig aus dem Bett genommen werden, weil (.) der nur im Bett lag.*

Die zweite Dimension ‚Dichte der kongruenten pflegerischen Interaktion‘ wird von der Pflegekraft P02 am stärksten gewichtet. Für diese Pflegekraft ist es bedeutsam, dass die pflegerische Unterstützung mit einer gegenseitigen Übereinstimmung von Pflegenden und Patienten einhergeht. Fehlt diese Voraussetzung, ist die pflegerische Interaktion belastet. Die Pflegekraft P02 stellt die Inkongruenz v. a. als Problem für die Allokation der Pflegezeit heraus, einerseits, weil die Pflegekräfte zeitlich vereinnahmt werden und andererseits, weil im gesamten Zeitkontingent, das den Pflegenden für alle Patienten zur Verfügung steht, die geforderte Zeit als unrechtmäßig beansprucht angesehen wird (Paraphrase 46: *sehr viel auch außerhalb in Anspruch genommen, viel Zeit für sich eingenommen*; Paraphrase 51: *sehr in Anspruch nehmend, über die Maße hinaus*).



Die Pflegekräfte P04 und P05 gewichten die dritte Dimension ‚gesundheitlicher Entwicklungsprozess‘ am stärksten. In der Gruppendiskussion werden diese Prozesse auch von den anderen Pflegekräften beschrieben. Doch es fällt auf, dass die Pflegekräfte P04 und P05 versuchen, Verläufe zusammenhängend und detailliert darzustellen.

- Beispiel P04, Transkript Zeile 808 – 817:  
*P04: Ja, also da liegen, also da liegen ja wirklich Welten dazwischen. (P01: B03, A04) B03 brauchte Vollpflege, war zeitweise noch nicht mal mehr aus dem Bett zu holen, (zustimmendes Gemurmel) (P02: Ja, die war so krank.) wenn, dann nur kurze Zeit im Rollstuhl. (P01: Das war aber am Ende zu. Am Anfang war die ...) Ja, ja (P02: Ganz gut. Die hat sich verschlechtert.) fitter ... P04: Aber dann brauchte sie sehr viel Behandlungspflege (P01: ja.) mit Infusionen.*
- Beispiel P05, Transkript Zeile 401 – 418:  
*P05: Die <Name B02> direkt. Also, als die kam, die hat dann die Selbständigkeit gezeigt. Und die andere, die kam, die, die hat eigentlich vorerst, äh, nicht so fit gewesen. Aber ich glaub', bei der <Name B07> war, also von der B07 war das, war ähm dieses Vorbild von <Name B02> von die, von die B02. Dann irgendwann nach drei Tagen waren sie gleich. (P04: Genau, war sie auch selbständig.) Die waren dann gleich. [...] P05: Das war dann am Anfang (P01: Sie haben sich so angeglichen.) Genau angeglichen, ja, hm. (P01: Die lagen in einem Zimmer und haben sich ....) (P04: ...??) Vorher, vorher war sie überhaupt nicht fit, sie war so, ähm, und dann, ähm, die B02 hat dann gezeigt, ich geh allein da, mach da, die hat denn dann nachgemacht, so gesagt, ja. (lacht) Nach drei Tagen hat man dann gemerkt, äh, äh, da hat sie genauso gleich geantwortet: "Ich brauch' jetzt keine Hilfe.", ja.*

Indem sich die individuellen Gewichtungen und die Aussagen der Pflegekräfte gegenseitig stützen, sind sie imstande die Dimensionen zu validieren. (Die Ziffer in der eckigen Doppelklammer bezeichnet die jeweilige Pflegekraft, z. B. P01  $\Rightarrow$  [[1]]).

\$cweights			
\$cweights[[1]]			
	D1	D2	D3
D1	0.808104	0.000000	0.000000
D2	0.000000	1.206157	0.000000
D3	0.000000	0.000000	1.262207
\$cweights[[2]]			
	D1	D2	D3
D1	0.6124244	0.000000	0.0000000
D2	0.0000000	1.579409	0.0000000
D3	0.0000000	0.000000	0.9829203
\$cweights[[3]]			
	D1	D2	D3
D1	1.031749	0.000000	0.000000
D2	0.000000	1.052537	0.000000
D3	0.000000	0.000000	1.015039
\$cweights[[4]]			
	D1	D2	D3
D1	0.8239281	0.000000	0.000000
D2	0.0000000	1.097208	0.000000
D3	0.0000000	0.000000	1.368269
\$cweights[[5]]			
	D1	D2	D3
D1	0.900227	0.000000	0.000000
D2	0.000000	1.010924	0.000000
D3	0.000000	0.000000	1.348436

Abbildung 14: Individuelle Gewichtungen der Pflegekräfte

## 5.5 Hypothesenbildung

Aus den vorangegangenen Analysen können drei Dimensionen expliziert werden, die auf die inhaltliche Bestimmung von Pflegebedürftigkeit hinarbeiten:

Dimension 1: Gesundheitskompetenz

Dimension 2: Dichte der kongruenten pflegerischen Interaktion

Dimension 3: gesundheitlicher Entwicklungsprozess.

Daraus lassen sich Behauptungen aufstellen, die den Kriterien einer wissenschaftlichen Hypothese standhalten (Bortz, Döring, 2015, S. 4):

- a) Sie sind Annahmen über reale Sachverhalte - nämlich über die Probanden in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik - die aus einer empirischen Untersuchung hervorgegangen sind.
- b) Sie können als Allaussage formuliert werden, da sie sich nicht auf ein singuläres Ereignis beziehen, sondern auf eine Gruppe von Probanden<sup>23</sup>.
- c) Es lassen sich Konditionalsätze bilden, bei denen die jeweilige Dimension als unabhängige Variable fungiert.
- d) Die Konditionalsätze können falsifiziert werden, da Fälle denkbar sind, die der Behauptung widersprechen.

### Annahmen über Dimension 1:

- a) Hypothesen:

H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Pflegebedürftigkeit und der Gesundheitskompetenz eines erkrankten/betroffenen Menschen.

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Pflegebedürftigkeit und der Gesundheitskompetenz eines erkrankten/betroffenen Menschen.

- b) Konditionaler Ausdruck:

Je weniger die Gesundheitskompetenz eines betroffenen Menschen ausgebildet ist, desto eher tritt Pflegebedürftigkeit ein.

ODER

Wenn ein betroffener Mensch über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügt, dann wird er eher pflegebedürftig.

---

<sup>23</sup> Hier sei kritisch anzumerken, dass sich die Behauptungen zwar auf eine Gruppe von Probanden beziehen, aber nur eine Untersuchung in einem Einzelsetting zugrunde liegt. Deshalb soll von einer ‚vorsichtigen‘ Allaussage ausgegangen werden.

c) Falsifizierender Ausdruck:

Es ist denkbar, dass es erkrankte/betroffene Menschen gibt, die über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügen, aber nicht pflegebedürftig sind oder werden (wie beispielsweise junge Menschen oder Menschen mit guter körperlicher Konstitution).

Annahmen über Dimension 2:

a) Hypothesen:

H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und der Dichte der kongruenten pflegerischen Interaktion.

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und der Dichte der kongruenten pflegerischen Interaktion.

b) Konditionaler Ausdruck:

Je höher die Dichte der kongruenten pflegerischen Interaktion ausfällt, desto höher ist die Pflegebedürftigkeit.

ODER

Wenn die kongruente pflegerische Interaktion sehr dicht ist, dann liegt eine hohe Pflegebedürftigkeit vor.

c) Falsifizierender Ausdruck:

Es ist denkbar, dass die Dichte der kongruenten pflegerischen Interaktion gering ist, obwohl eine höhere Pflegebedürftigkeit besteht. Das kann dann der Fall sein, wenn der Bedarf von der Pflegekraft unangemessen eingeschätzt wird und gleichzeitig die betroffene Person ihr tatsächliches Bedürfnis nicht entsprechend kommuniziert.

Annahmen über Dimension 3:

a) Hypothesen:

H<sub>0</sub>: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Pflegebedürftigkeit und dem gesundheitlichen Entwicklungsprozess eines betroffenen Menschen.

H<sub>1</sub>: Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Pflegebedürftigkeit und dem gesundheitlichen Entwicklungsprozess eines betroffenen Menschen.

b) Konditionaler Ausdruck:

Je weniger positiv sich der gesundheitliche Entwicklungsprozess vollzieht, desto höher ist die Pflegebedürftigkeit.

ODER

Wenn sich der gesundheitliche Entwicklungsprozess negativ vollzieht, dann ist die Pflegebedürftigkeit höher.

c) Falsifizierender Ausdruck:

Es ist denkbar, dass der gesundheitliche Entwicklungsprozess eines betroffenen Menschen negativ verläuft, er aber nicht pflegebedürftig ist oder wird (wie beispielsweise junge Menschen oder Menschen ohne Vorerkrankungen).

Alle  $H_0$ -Hypothesen sind insofern zulässig, da in der theoretischen Auseinandersetzung mit Pflegebedürftigkeit bisher noch nie ein Zusammenhang zwischen der aufgeführten abhängigen Variablen und den unabhängigen Variablen hergestellt wurde.

Inwiefern diese Hypothesen die interne Validität stützen können, muss der nachfolgende Forschungsprozess beantworten.

Weiterhin ist anzumerken, dass für jeden Konditionalsatz ein falsifizierender Ausdruck nicht nur denkbar ist, sondern spontan formuliert werden kann. Bezüglich der Dimensionen 1 und 3 können sogar mehrere gefunden werden. Dieses sogenannte Induktionsproblem, das bei Untersuchungen v. a. human- und sozialwissenschaftlicher Phänomene auftreten kann, ist aber kein Anlass, die Hypothesen bzw. die anfängliche Theoriebildung aufzugeben, sondern ihnen mit Wahrscheinlichkeitsaussagen zu begegnen (Brandenburg, Dorschner, 2008, S. 25 f). Für die Dimensionen 1 und 3 lassen sich die konditionalen Ausdrücke wie folgt reformulieren:

für D1:

Je weniger die Gesundheitskompetenz eines betroffenen Menschen ausgebildet ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegebedürftigkeit eintritt.

ODER

Wenn ein betroffener Mensch über eine geringe Gesundheitskompetenz verfügt, dann ist die Wahrscheinlichkeit höher, pflegebedürftig zu werden.

für D3:

Je weniger positiv sich der gesundheitliche Entwicklungsprozess vollzieht, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit für eine (höhere) Pflegebedürftigkeit.

ODER

Wenn sich der gesundheitliche Entwicklungsprozess negativ vollzieht, dann ist die Wahrscheinlichkeit größer für eine (höhere) Pflegebedürftigkeit.

## 6 Resümee

In diesem abschließenden Teil werden einige Aspekte des Forschungsprozesses reflektiert. Des Weiteren sollen die eingangs gestellten Forschungsfragen beantwortet und die Konsequenzen für die Fundierung eines Begriffs von ‚Pflegebedürftigkeit‘ aufgezeigt werden.

### 6.1 Reflexion des Forschungsprozesses

Zunächst bleibt festzuhalten, dass das Projekt wie geplant durchgeführt werden konnte und das Forschungsdesign Daten hervorbrachte, die sich als sinnvolle Untersuchungsgrundlagen erwiesen. Die angewendeten Methoden ergänzten sich nicht nur inhaltlich, sondern auch in Bezug auf ihre Grundannahmen. Der psychologische Wahrnehmungsraum, den die MDS und der konjunktive Erfahrungsraum, den die Gruppendiskussion voraussetzt, können im Falle der Realgruppe als komplementär erachtet werden. Durch die induktive Kategorienbildung war es möglich, Inhalte von der Erhebung bis zur Dimensionsbildung zu transportieren und eine pflegfachliche Essenz herauszuarbeiten.

Um den Gütekriterien Transparenz und Nachvollziehbarkeit zu entsprechen, wurden im empirischen Teil Ausschnitte aus dem Forschungsfeld authentisch und ausführlich beschrieben bzw. protokolliert.

Für eine künftige Untersuchungsplanung wäre zu überlegen, nach der Auswertung der Gruppendiskussion die Ergebnisse erneut in die Praxis zu geben und sie einer kommunikativen Validierung zu unterziehen. Diese vermag „eine Einigung bzw. Übereinstimmung über die Ergebnisse der Analyse zwischen Forschern und Beforschten diskursiv herzustellen“ (Mayring, 2015, S. 127). Das würde a) die pflegerische Expertise für den gesamten Forschungsprozess als relevant ansehen und b) die Güte des explorativen Vorgehens unterstreichen.

Bei der Analyse des Transkripts aus der Gruppendiskussion war ich mir, in der Rolle der forschenden Person, der Herausforderung bewusst, dem Verhältnis von Verstehen und Explikation (Przyborski, Wohlrab-Sahr, 2014, S. 16) gerecht werden zu müssen. Das ist deshalb erwähnenswert, da durch meine langjährige berufliche Erfahrung im Forschungsfeld ‚Geriatrische Rehabilitation‘ ein gemeinsam geteiltes Wissen mit den Pflegenden existiert, sodass das Verstehen der dargestellten Pflegesituationen unproblematisch war. Gleichwohl liegt die berufliche Pflegetätigkeit einige Jahre zurück und ich konnte mir durch das pflegewissenschaftliche Studium Fähigkeiten

erwerben, die mir ermöglichen eine Metaebene einzunehmen. Insofern hoffe ich das Verstandene angemessen expliziert zu haben.

## 6.2 Bedeutung für die Begriffsentwicklung von ‚Pflegebedürftigkeit‘

In diesem Teil wird auf die gestellten Forschungsfragen eingegangen.

*Zu Frage 1: Gibt es eine gemeinsame Systematik in der Unterscheidung der Patienten und lässt sich diese multidimensional skalieren?*

Von einer gemeinsamen Systematik in der Unterscheidung der Patienten kann ausgegangen werden. Zunächst ließ sich diese durch die MDS darstellen. Anhand der Gestalt des Shepard-Diagramms mit einer monoton verlaufenden Regressionskurve und des Stresskoeffizienten von 0,18 kann auf eine sinnvolle Skalierung geschlossen werden. Im Sinne messtheoretischer Probleme (*s. Kapitel 2.2 Bildung und Bedeutung von Theorien*) ist es gelungen,

a) ein empirisches Relativ in ein numerisches Relativ abzubilden (Darstellung der Unähnlichkeitswahrnehmung in Rangdaten), sodass die homomorphe Struktur in ordinaler Hinsicht erhalten blieb (Repräsentationsproblem), und b) die Abbildungsfunktion (Rangdaten) in eine andere Abbildungsfunktion (Distanzen bzw. Disparitäten) zu transformieren, unter Berücksichtigung der Eigenschaften des ordinalen Skalenniveaus (Eindeutigkeitsproblem).

Auch die Analyse der Stress Decomposition Chart bestätigt eine weitgehend einheitliche Systematik, da keine großen Unterschiede der Probanden bezüglich der Verursachung des relativ kleinen Stress-Wertes festzustellen sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Pflegenden ein recht einheitliches Bild - im Sinne des konjunktiven Erfahrungsraums - jedes einzelnen Probanden vor Augen hatten, als sie die Paarvergleiche durchführten. Deshalb war die Gruppendiskussion, die die Konfiguration evaluierte, viel mehr von Konsens und Ergänzungen geprägt als von Widersprüchlichkeiten.

Als Konsequenz für die Begriffs- bzw. Theorieentwicklung von Pflegebedürftigkeit kann festgehalten werden, dass die Methode der MDS imstande ist, über den psychologischen Wahrnehmungsraum das zugrundeliegende spezifische Wissen des konjunktiven Erfahrungsraums für den Forschungsprozess greifbar zu machen.

*Zu Frage 2: Können aus der Interpretation der grafisch dargestellten Ergebnisse durch die Pflegenden Kategorien gebildet werden und lassen sich damit Dimensionen herauslesen, die für die Begriffsentwicklung von ‚Pflegebedürftigkeit‘ gewinnbringend sind?*

Infolge reduktiver Prozesse der Qualitativen Inhaltsanalyse sind nach drei Durchgängen sieben Kategorien entstanden. Um die Kategorien mit der Konfiguration abzugleichen, wurde die Analyse modifiziert und die Extrempositionen jeder räumlichen Ausdehnung/Dimension betrachtet. Für die inhaltliche Bestimmung der extremen Positionen reichten die Kategorien allein nicht aus, sodass darüber hinaus entsprechende Paraphrasen des Ausgangsmaterials hinzugezogen wurden. Daraus konnten die Dimensionen D1: Gesundheitskompetenz, D2: Dichte der kongruenten pflegerischen Interaktion und D3: gesundheitlicher Entwicklungsprozess als gemeinsame Sinnhorizonte abgeleitet werden. Diese Dimensionen bringen neue Perspektiven auf das Pflegebedürftigkeitsverständnis hervor und unterscheiden sich von dem zumeist an Bedürfnistheorien orientierten Verständnis. Das Faktum ‚Zeit‘ spielt bei den Dimensionen zwar eine Rolle, ist jedoch nur entweder dimensionsübergreifend mehr oder weniger subtil vorzufinden oder als begleitendes Attribut wie bei Dimension 2.

Im weiteren Forschungsprozess war es möglich, die Dimensionen als unabhängige Variablen einzusetzen, um Hypothesen über Pflegebedürftigkeit zu bilden. Insofern kann die Forschungsfrage zustimmend beantwortet werden: die Expertise der Pflegenden lässt sich soweit operationalisieren, dass sie sowohl für die Theorieentwicklung eines Pflegebedürftigkeitsbegriffes als auch für dessen Perspektiverweiterung gewinnbringend ist.

*Zu Frage 3: Lässt sich der geltende Begriff von Pflegebedürftigkeit revidieren, indem die Ergebnisse heuristischer und hermeneutischer Strategien zur pflegefachlichen Beurteilung der Patienten durch die Pflegekräfte hinzugezogen werden?*

Diese Frage kann in diesem Stadium des Forschungsprozesses zustimmend beantwortet werden. Aus der fachlichen Beurteilung der Pflegenden ließen sich Aspekte (Dimensionen) explizieren, die bislang bei der Bestimmung und Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit nicht hinzugezogen wurden. Sie fehlen nicht nur im aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriff (s. *Module des NBA, Fußnote 2, S. 5*), sondern wurden bei dessen Entwicklung von vorn herein ausgeschlossen wie Dimension 2.



Wingenfeld et al. (2011) halten in ihren Untersuchungen die interaktionsorientierten Pflege-theorien nicht für relevant, wenn es darum geht, Pflegebedürftigkeit zu bestimmen.

„Aufgrund der starken Akzentuierung des interaktiven Charakters der Pflegekraft-Patient-Beziehung (das Wie der Pflege) leisten die interaktionsorientierten Theorien für die Konzeptualisierung eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs keinen relevanten Beitrag“ (S. 40).

Die Expertise der Pflegenden weist aber sehr wohl die Relevanz der pflegerischen Interaktion bei der pflegefachlichen Bestimmung nach. In ihr spiegelt sich ein Idealtypus von Pflegebeziehung wider, den die Pflegenden als charakteristisch für Pflegebedürftigkeit ansehen. Sie ist die Voraussetzung dafür, relevante Informationen auszutauschen und die Pflege adäquat zu gestalten. Gemäß dem formulierten konditionalen Ausdruck über die zweite Dimension, richtet sich die Pflegebedürftigkeit nach der Dichte der übereinstimmenden Interaktion zwischen betroffener Person und Pflegekraft. Das lässt inhaltlich eine gewisse Offenheit zu. Demnach liegt eine hohe Pflegebedürftigkeit auch dann vor, wenn eine Teilselbstständigkeit vorhanden ist, dabei aber viel Assistenz benötigt wird. Insofern unterscheidet sich diese Sichtweise von den bekannten Begriffen des hiesigen Sozialrechts. Dort gilt – vereinfacht ausgedrückt – die konditionale Verbindung ‚Je unselbstständiger die betroffene Person ist, desto höher ist die Pflegebedürftigkeit‘<sup>24</sup>. Hier liegt die höchste Pflegebedürftigkeitsausprägung nur dann vor, wenn die Pflege vollständig von einer anderen Person übernommen wird. Das lässt sich durch die operationalisierte Expertise der Pflegenden nicht bestätigen.

Eine weitere Überlegung zur Revision des Pflegebedürftigkeitsbegriffs besteht darin, ob für die Erfassung von Pflegebedürftigkeit nicht eher abstrakte Begriffe geeignet sind. Wie aus der explorativen Untersuchung hervorgeht, ließen sich die individuell unterschiedlichen Voraussetzungen der 14 Probanden mit drei abstrakten Merkmalen (Dimensionen) relativ gut ordnen. Es stellt sich die Frage, ob es für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit notwendig oder sinnvoll ist, je Betrachtungsbereich (Modul) kleinteilige

---

<sup>24</sup> Das ist an der Skalierung abzulesen, die folgende Unterschiede trifft: selbstständig – überwiegend selbstständig – überwiegend unselbstständig – unselbstständig (S. 16) bzw. Fähigkeit vorhanden – größtenteils vorhanden – in geringem Maße vorhanden – nicht vorhanden (S. 22) (Fleer, Bernhard. (2015) Das Neue Begutachtungs- Assessment (NBA): Begutachtungsmanagement in der Praxis – Erwartungen an den Pflegebedürftigkeitsbegriff. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Elektronische Ressource unter [www.kas.de/wf/doc/kas\\_43036-1522-1-30.pdf?151030094627](http://www.kas.de/wf/doc/kas_43036-1522-1-30.pdf?151030094627), abgerufen am 08.06.2016)

Einzelitems zu formulieren wie beim NBA<sup>25</sup> oder ob einige wenige Kategorien dafür ausreichen würden und die unmittelbare Berührung von pflegebedürftiger Person und Pflegekraft auf der Mikroebene durch das Fallverstehen (Weidner, 1999, S. 6) der Pflegenden gestaltet wird. Dieses Erkenntnis hat Planer (2014) bereits für die Instrumentenentwicklung herausgestellt. Sie konstatiert, „dass ein valides standardisiertes Instrument bei Anwendung auf der Mikroebene nicht alle individuellen, für den Einzelnen durchaus bedeutsamen Aspekte erfassen muss“ (S. 18). Angewendet auf die Theorieentwicklung würde das bedeuten, dass sich ein valider Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht in Einzelheiten ‚verlieren‘ darf.

### 6.3 Ausblick

Aufgrund der Ergebnisse der Analysen sind verschiedene Anschlussuntersuchungen denkbar.

Die aus dem beschriebenen Projekt explizierten Variablen (Dimensionen) können als Restriktionen für eine konfirmatorische MDS oder ein Unfolding-Modell genutzt werden. Eine Forschungsfrage würde dann lauten, ob ein restriktives Verfahren zu einer optimalen MDS-Lösung in einem weiteren geriatrischen Setting führen kann. In diesem Fall wären die Dimensionen erneut sinnvoll und intern valide.

Um zu entscheiden, inwieweit die Variablen einer externen Validität standhalten, könnten sich weitere Forschungsfragen damit auseinandersetzen, ob diese inhaltlichen Bestimmungen, die als Indizien für Pflegebedürftigkeit angenommen werden, nur in Geriatrischen Rehabilitationskliniken gültig sind oder allgemein in akuten stationären Settings oder auch in der häuslichen Pflege bzw. in der Langzeitpflege.

Das müsste jeweils empirisch untersucht werden, sowohl explorativ als auch mit Restriktionen. Die Frage des explorativen Vorgehens würde lauten, ob sich induktiv gleiche Dimensionen ableiten lassen oder andere. Das restriktive und damit deduktive Verfahren würde angewendet, um herauszufinden, ob sich die aus den bekannten Dimensionen gebildeten Hypothesen in anderen klinisch-pflegerischen Forschungsfeldern bestätigen lassen und imstande sind eine Theorie zu verdichten.

Sollten die Dimensionen Eingang in ein Messinstrument finden, müssten sie zuvor testtheoretischen Kriterien unterzogen werden, um zu prüfen, ob die

---

<sup>25</sup> Die Schwierigkeit, solche Konstruktionen mess- und testtheoretisch valide anzulegen, ist nicht zu unterschätzen. Wie Bensch (2013) für die Module ‚Mobilität‘ und ‚Kognitive und kommunikative Fähigkeiten‘ des NBA nachweisen konnte, sind diese nicht konstruktvalide konzipiert worden und deshalb nicht in der Lage zu messen.

einzelnen Dimensionen voneinander unabhängig sind oder ob es sich dabei um stochastisch abhängige Variablen handelt. Im letzten Fall dürften sie nicht als einzelne Bestandteile für ein Messinstrument genutzt werden, weil sie die Konstruktvalidität verletzen würden und damit eine valide Messung nicht möglich wäre (Bensch 2013).

Insofern kann der Anspruch, den Bortz und Döring (2015) erheben, dass nämlich „[...] der Weg über die Empirie [...] seit jeher als Königsweg der Hypothesenbildung [gilt]“ (S. 358), als wegweisende Aufforderung verstanden werden, und er vermag – wie aus der Erfahrung mit dem Projekt hervorgeht – den ‚garstigen Graben‘ zwischen Praxis und Theorie zu überwinden.

## 7 Literaturverzeichnis

- Backhaus, Klaus, Erichson, Bernd, Plinke, Wulff, Weiber, Rolf. (2006). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (11. Aufl.). Berlin: Springer.
- Becker, Clemens; Blinkert, Baldo; Dietz, Berthold; Döhner, Hanneli; Frommelt, Mona; Klie, Thomas; Kruse, Andreas; Rothgang, Heinz (2007): *Memorandum. Die Quadratur des Kreises in der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit – Forschung statt Politik – Instrument vor Verfahren*. Elektronische Ressource unter: <http://www.bapp.info/texte/MemorandumPflegebeduerftigkeit.pdf>, abgerufen am 18.06.2016, zuletzt geprüft am 25.02.2017.
- Bensch, Sandra. (2013). *Konstruktvalidität der Module „Mobilität“ und „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ des Neuen Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit*. Hungen: hpsmedia.
- Bergmann, Johannes. (2015). *Eine Strukturierung der Wahrnehmung der Pflegebedürftigen durch die professionell Pflegenden mit Hilfe der Multidimensionalen Skalierung*. Vallendar: Masterthesis an der Philosophisch Theologischen Hochschule Vallendar. Elektronische Ressource unter: <https://kidoks.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docId/634>, abgerufen am 23.01.2016, zuletzt geprüft am 28.02.2017.
- Bohnsack, Ralf. (2006). Mannheims Wissenssoziologie als Methode. In Tänzler, Dirk, Knoblauch, Hubert, Soeffner, Hans-Georg (Hg.), *Neue Perspektiven der Wissenssoziologie* (S 271 – 291). Konstanz: UVK-Verlag.
- Borg, Ingwer, Groenen, Patrick J. F., Mair, Patrick (2010). *Multidimensionale Skalierung*. München und Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Borg, Ingwer. (2000). *Explorative Multidimensionale Skalierung*. ZUMA How-to-Reihe Nr. 1, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen, Mannheim, Universität Gießen. Elektronische Ressource unter: [www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis.../how-to1ib.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis.../how-to1ib.pdf), abgerufen am 02.01.2016, zuletzt kontrolliert am 16.04.2017.
- Bortz, Jürgen, Döring, Nicola. (2015). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Brandenburg, Hermann, Dorschner, Stephan. (2008). *Pflegewissenschaft 1: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege* (2. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Brühl, Albert (Hg.). (2012). *Pflegebedürftigkeit messen? Herausforderungen bei der Entwicklung pflegerischer Messinstrumente am Beispiel des*

- Neuen Begutachtungsassessments (NBA)*. Vallendar: Lehrstuhl für Statistik und standardisierte Verfahren der Pflegeforschung.
- Brühl, Albert, Planer, Katarina, Bensch, Sandra (2016). Zur Diskussion: Entwicklungsperspektiven für das Neue Begutachtungsassessment. *Pflege und Gesellschaft*, 21 (1), 78 – 87.
- Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 54. *Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)*. ausgegeben zu Bonn 28.12.2015.
- [https://cran.r-project.org/Download R 3.3.2 for Windows](https://cran.r-project.org/Download/R/3.3.2/windows/), zuletzt abgerufen am 05.02.2017.
- <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/ethikkommission/downloads>, Musterformular Einverständniserklärung, abgerufen am 20.01.2016.
- De Leeuw, Jan, Mair, Patrick. **Shepard Diagram**. In *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*, pages 1-3. Wiley, 2015. [PDF] [doi:[10.1002/9781118445112.stat06268.pub2](https://doi.org/10.1002/9781118445112.stat06268.pub2)], abgerufen am 05.02.2017.
- Loos, Peter. Schäffer, Burkhard. (2001). *Das Gruppendiskussionsverfahren: Theoretische Grundlagen und empirische Auswertung*. Reihe Qualitative Sozialforschung Band 5. Opladen: Leske und Budrich.
- Mayring, Philipp. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. überarbeitete Auflage). Weinheim und Basel: Beltz.
- Meleis, Afaf, Ibrahim. (1999). *Pflegetheorie. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege*. Bern: Hans Huber.
- Orem, Dorothea E. (1997). *Strukturkonzepte der Pflegepraxis*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- <https://pflegewissenschaft.univie.ac.at/fileadmin/.../Einverständniserklärung.pdf>, abgerufen am 20.01.2016.
- Planer, Katarina. (2014). *Die Bedeutung der Facettentheorie für die Theorie – und Instrumentenentwicklung in der Pflege am Beispiel des Family Sense of Coherence (FSOC)*. Dissertation an der Philosophisch Theologischen Hochschule Vallendar. Elektronische Ressource unter: [http://opus.bsz-bw.de/kidoks/volltexte/2014/327/pdf/Planer\\_Dissertation\\_2013final.pdf](http://opus.bsz-bw.de/kidoks/volltexte/2014/327/pdf/Planer_Dissertation_2013final.pdf), zuletzt abgerufen am 22.02.2016.
- Przyborski, Aglaja. Wohlrab-Sahr, Monika. (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. (4. Aufl.). München: Oldenbourg Verlag.
- Przyborski, Aglaja. Wohlrab-Sahr, Monika. (2009). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. (2. Aufl.). München: Oldenbourg Verlag.

- [www.qualiservice.org/fileadmin/text/Einverstaendnis2013\\_08.pdf](http://www.qualiservice.org/fileadmin/text/Einverstaendnis2013_08.pdf), *MUSTER für eine Einverständniserklärung zum Interview und einer Einverständniserklärung zur Datenübergabe*, abgerufen am 20.01.2016, diese Ausführung ist am 27.02.2017 nicht mehr abrufbar.
- [https://r-forge.r-project.org/R/?group\\_id=80/](https://r-forge.r-project.org/R/?group_id=80/) download smacof Version 1.8-16, zuletzt abgerufen am 05.02.2017.
- Schnell, Martin, Heinritz, Charlotte. (2006). *Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Stutz Steiger, Therese (2011). Gesundheitskompetenz – ein Thema auch für die Weiterbildung. *Education Permanente, Gesundheit Santé*, 4, 4 – 6. auch als elektronische Ressource verfügbar unter [https://www.researchgate.net/publication/291338223\\_Gesundheitskompetenz\\_-\\_Ein\\_Thema\\_auch\\_fur\\_die\\_Weiterbildung](https://www.researchgate.net/publication/291338223_Gesundheitskompetenz_-_Ein_Thema_auch_fur_die_Weiterbildung), zuletzt geprüft am 10.06.2017.
- Weidner, Frank. (1999). Was bedeutet Professionalisierung für die Pflegeberufe – Annäherung an einen strapazierten Begriff. In: D. Sauter, D. Richter (Hg.), *Experten für den Alltag* (S. 18 -38). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Wingenfeld, Klaus, Büscher, Andreas, Schaeffer, Doris (2011) *Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten*. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 1. Berlin: GKV – Spitzenverband.
- Wingenfeld, Klaus, Gansweid, Barbara. (2013). *Analysen zur Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs*. Abschlussbericht. Bielefeld / Münster. Elektronische Ressource unter <http://docplayer.org/10568167-Analysen-fuer-die-entwicklung-von-empfehlungen-zur-leistungsrechtlichen-ausgestaltung-des-neuen-pflegebeduerftigkeitsbegriffs.html>, abgerufen am 08.06.2016, zuletzt geprüft am 24.01.2017.

## 8 Anhänge

Anhang 1: Projektvorstellung für die Station (Darlegung des pflegewissenschaftlichen Forschungsprojekts; Forschungsvorhaben)

**PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR**  
Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft  
*Pflegewissenschaftliche Fakultät*



Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar • Pallottstraße 3 • D-56179 Vallendar

**Univ.-Prof. Dr. Albert Brühl**  
**Lehrstuhl für Statistik und standardisierte Methoden der Pflegeforschung**  
Pflegewissenschaftliche Fakultät

Tel.: 0261/64 02 503  
Fax: 0261/64 02 120  
E-Mail: [abruehl@pthv.de](mailto:abruehl@pthv.de)

### **Darlegung des pflegewissenschaftlichen Forschungsprojekts:**

***„Die Erfassung und Analyse von Pflegebedürftigkeit anhand heuristischer und hermeneutischer Strategien durch professionell Pflegende“***

Das Projekt erfolgt im Rahmen des Masterstudiengangs Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.

Auftraggeber:	Prof. Dr. Albert Brühl
Forschungsverantwortliche:	Annemie Teigeler (Studierende der Pflegewissenschaft)

Die empirischen Erhebungen werden im Marienhausklinikum im Kreis Ahrweiler (MAW), am Standort Burgbrohl, Brohltalklinik St. Josef, Klinik für geriatrische Rehabilitation, Station 3, vorgenommen.

Pflegedirektor:	Herr Blerim Hetemi
Pflegedienstleitung:	Sr. Helma Sünberg
Stationsleitung der Station 3:	Sr. Maria Braun

**PTHV gGmbH**  
Pallottstraße 3 • 56179 Vallendar  
Tel. 0261 6402-0  
Fax 0261 6402-300

Geschäftsführung: Prof. Dr. Paul Rheinbay SAC, Michael Zimmermann  
Amtsgericht Koblenz HRB 20 120, Steuernummer: 22654/45046  
Bankverbindung: Sparkasse Koblenz, BLZ 570 501 20, Konto 106567  
BIC: MALADE51KOB, IBAN: DE 23 5705 0120 0000 1065 67

Philosophisch-Theologische  
Hochschule Vallendar  
[www.pthv.de](http://www.pthv.de)

## Forschungsvorhaben

---

### WAS?

- fünf oder sechs Pflegekräfte erklären sich freiwillig bereit, Patienten in einem vergleichenden Verfahren aus pflegfachlicher Sicht einzuschätzen (Einverständniserklärung zur Mitwirkung am pflegwissenschaftlichen Forschungsprojekt)
- 14 Patienten werden gemeinsam ausgewählt und ihr Einverständnis an der Beteiligung der Datenerhebung schriftlich gesichert (Einverständniserklärung zur Datenerhebung und Datenauswertung)
- die ausgewählten Patienten sollen von allen teilnehmenden Pflegekräften betreut werden, so dass alle TN (=TeilnehmerInnen) die Patienten kennen

#### 1. Schritt

- alle teilnehmenden Pflegekräfte werden alle Patienten paarweise miteinander verglichen hinsichtlich ihrer Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit aus pflegfachlicher Sicht
- Einschätzungen erfolgen je einzeln durch eine Pflegekraft
- jede Pflegekraft dokumentiert die einzelnen Einschätzungen
- die Einschätzungen werden in einem Heft angekreuzt (verschiedene Farben, um TeilnehmerInnen zu unterscheiden)
- Einschätzungen erfolgen durch Punktevergabe von 1 bis 9
  - 1 bedeutet die beiden Patienten sind sich sehr ähnlich (0 wäre ein und dieselbe Person)
  - 9 bedeutet die beiden Patienten sind sich sehr unähnlich (10 wäre die Unähnlichkeit zwischen einem Patienten und einem Menschen, der keinerlei professionelle Pflege bedarf)
- insgesamt werden pro TN 91 Einschätzungen vorgenommen
- die einzelne Pflegekraft soll sich vor den Einschätzungen darüber im Klaren sein, was sie unter Pflegebedürftigkeit versteht und Kriterien dazu notieren (Wie verstehe ich Pflegebedürftigkeit? Was gehört für mich zur Pflegebedürftigkeit?) ⇒ die Kriterien sollen dabei helfen, die pflegfachliche Einschätzung einheitlich vorzunehmen
- die Einschätzungen sollen durchgehend anhand dieser individuellen Kriterien vorgenommen werden
- bitte keine Einschätzungen im Team vornehmen, weil das die Vielfalt mindern könnte
- da die Pflegekräfte diejenigen sind, die über eine hohe praktische Expertise/Berufserfahrung verfügen, also die Profis vor Ort sind, gibt es kein richtig oder falsch, alle Beurteilungen sind wichtig und wissenschaftlich gleich relevant
- alle Inhalte der Patienten-Dokumentation können genutzt werden
- die Auswertung der Einschätzungen erfolgt mit einem computergestützten Verfahren, welches Multidimensionale Skalierung (MDS) genannt wird
- die MDS erzeugt aus den Auswertungen Grafiken, die sich auf dem Bildschirm visualisieren lassen



## Forschungsvorhaben

---

### 2. Schritt

- nach der Auswertung sehen sich die TN die Grafiken gemeinsam an und sprechen darüber
- das Gespräch über die visualisierte Auswertung wird akustisch aufgezeichnet, denn die Interpretation/Deutung der Auswertung durch die Pflegekräfte ist ein wichtiger Beitrag für dieses Forschungsprojekt und eines seiner wesentlichen Bestandteile

### **WOZU?**

Dieses Projekt möchte die Pflegekräfte mit ihrer Expertise/Berufserfahrung aus der Praxis am Prozess der Konzeptentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes beteiligen.

Anhang 2:  
Das Erhebungsinstrument

1= sehr ähnlich

9= sehr **un**ähnlich

Paarung 1											
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A02	
Paarung 2											
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A03	
Paarung 3											
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A04	
Paarung 4											
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A05	
Paarung 5											
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A06	

*Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!*

1= sehr ähnlich

9= sehr **un**ähnlich

Paarung 6											
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A07	
Paarung 7											
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B01	
Paarung 8											
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B02	
Paarung 9											
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B03	
Paarung 10											
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B04	

*Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!*

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 11										
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B05
Paarung 12										
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B06
Paarung 13										
A01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B07
Paarung 14										
A02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A03
Paarung 15										
A02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A04

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 16										
A02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A05
Paarung 17										
A02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A06
Paarung 18										
A02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A07
Paarung 19										
A02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B01
Paarung 20										
A02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B02

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 21										
A02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B03
Paarung 22										
A02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B04
Paarung 23										
A02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B05
Paarung 24										
A02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B06
Paarung 25										
A02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B07

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 26										
A03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A04
Paarung 27										
A03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A05
Paarung 28										
A03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A06
Paarung 29										
A03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A07
Paarung 30										
A03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B01

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 31											
A03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B02	
Paarung 32											
A03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B03	
Paarung 33											
A03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B04	
Paarung 34											
A03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B05	
Paarung 35											
A03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B06	

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 36											
A03	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B07	
Paarung 37											
A04	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A05	
Paarung 38											
A04	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A06	
Paarung 39											
A04	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A07	
Paarung 40											
A04	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B01	

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 41										
A04	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B02
Paarung 42										
A04	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B03
Paarung 43										
A04	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B04
Paarung 44										
A04	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B05
Paarung 45										
A04	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B06

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 46										
A04	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B07
Paarung 47										
A05	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A06
Paarung 48										
A05	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A07
Paarung 49										
A05	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B01
Paarung 50										
A05	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B02

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 51										
A05	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B03

Paarung 52										
A05	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B04

Paarung 53										
A05	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B05

Paarung 54										
A05	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B06

Paarung 55										
A05	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B07

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 56										
A06	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A07

Paarung 57										
A06	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B01

Paarung 58										
A06	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B02

Paarung 59										
A06	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B03

Paarung 60										
A06	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B04

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 61										
A06	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B05
Paarung 62										
A06	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B06
Paarung 63										
A06	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B07
Paarung 64										
A07	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B01
Paarung 65										
A07	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B02

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 66										
A07	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B03
Paarung 67										
A07	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B04
Paarung 68										
A07	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B05
Paarung 69										
A07	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B06
Paarung 70										
A07	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B07

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!



1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 71										
B01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B02
Paarung 72										
B01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B03
Paarung 73										
B01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B04
Paarung 74										
B01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B05
Paarung 75										
B01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B06

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 76										
B01	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B07
Paarung 77										
B02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B03
Paarung 78										
B02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B04
Paarung 79										
B02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B05
Paarung 80										
B02	1	2	3	4	5	6	7	8	9	B06

Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 81										
<b>B02</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<b>B07</b>
Paarung 82										
<b>B03</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<b>B04</b>
Paarung 83										
<b>B03</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<b>B05</b>
Paarung 84										
<b>B03</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<b>B06</b>
Paarung 85										
<b>B03</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<b>B07</b>

*Bitte prüfen Sie noch einmal Ihre Antworten, bevor Sie weiterblättern!*

1= sehr ähnlich

9= sehr unähnlich

Paarung 86										
<b>B04</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<b>B05</b>
Paarung 87										
<b>B04</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<b>B06</b>
Paarung 88										
<b>B04</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<b>B07</b>
Paarung 89										
<b>B05</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<b>B06</b>
Paarung 90										
<b>B05</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<b>B07</b>
Paarung 91										
<b>B06</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	<b>B07</b>

Anhang 3:  
Formular für die Patientenpseudonyme

**Übersicht zur Orientierung während des Vergleichsprozesses**

<b>A01</b>	Name	<b>B01</b>	Name
<b>A02</b>	Name	<b>B02</b>	Name
<b>A03</b>	Name	<b>B03</b>	Name
<b>A04</b>	Name	<b>B04</b>	Name
<b>A05</b>	Name	<b>B05</b>	Name
<b>A06</b>	Name	<b>B06</b>	Name
<b>A07</b>	Name	<b>B07</b>	Name

Anhang 4:  
Einverständniserklärung der Patienten (indirekt Teilnehmende)

**PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR**  
Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft  
*Pflegewissenschaftliche Fakultät*



Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar • Palottistraße 3 • D-56179 Vallendar

**Univ.-Prof. Dr. Albert Brühl**  
**Lehrstuhl für Statistik und standardisierte Methoden der Pflegeforschung**  
Pflegewissenschaftliche Fakultät

Tel.: 0261/64 02 503  
Fax: 0261/64 02 120  
E-Mail: [abruehl@pthv.de](mailto:abruehl@pthv.de)

## Einverständniserklärung zur Datenerhebung und Datenweitergabe

Ich erkläre durch meine eigenhändige Unterschrift oder durch die Unterschrift meines gesetzlichen Betreuers mein Einverständnis zur Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten, die im Rahmen eines Forschungsprojektes der pflegewissenschaftlichen Fakultät an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar eingesetzt werden. Das Ziel des Forschungsprojekts besteht darin, das Konzept der Pflegebedürftigkeit fortzuentwickeln.

Ich stimme einer Einschätzung meiner Pflegebedürftigkeit durch mein betreuendes Pflegepersonal zu. Dazu können alle Daten meiner Pflegedokumentation genutzt werden. Die Einschätzung erfolgt über eine Einschätzungsskala mittels Punktevergabe. Dabei werden ausschließlich die Angaben zur Pflegebedürftigkeit analysiert, die nicht mit meinen personenbezogenen Daten in Verbindung gebracht werden können.

Sollte ich Fragen zur Teilnahme am Forschungsprojekt haben, kann ich die Forschungsverantwortliche, Frau Teigeler, telefonisch unter [] erreichen.

---

Ort, Datum, Unterschrift (Vorname, Nachname)

**PTHV gGmbH**  
Palottistraße 3 • 56179 Vallendar  
Tel. 0261 6402-0  
Fax 0261 6402-300

Geschäftsführung: Prof. Dr. Paul Rheinbay SAC, Michael Zimmermann  
Amtsgericht Koblenz HRB 20 129, Steuernummer: 22654/4504/6  
Bankverbindung: Sparkasse Koblenz, BLZ 570 501 20, Konto 106567  
BIC: MALADE51KOB, IBAN: DE 23 5705 0120 0000 1065 67

Philosophisch-Theologische  
Hochschule Vallendar

[www.pthv.de](http://www.pthv.de)

Anhang 5:  
Einverständniserklärung der Pflegenden (direkt Teilnehmende)

**PHILOSOPHISCH-THEOLOGISCHE HOCHSCHULE VALLENDAR**  
Kirchlich und staatlich anerkannte Wissenschaftliche Hochschule in freier Trägerschaft  
*Pflegewissenschaftliche Fakultät*



Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar • Palottistraße 3 • D-56179 Vallendar

**Univ.-Prof. Dr. Albert Brühl**  
**Lehrstuhl für Statistik und standardisierte Methoden der Pflegeforschung**  
Pflegewissenschaftliche Fakultät

Tel.: 0261/64 02 503  
Fax: 0261/64 02 120  
E-Mail: abruehl@pthv.de

**Einverständniserklärung zur Mitwirkung am pflegewissenschaftlichen Forschungsprojekt:**

***„Die Erfassung und Analyse von Pflegebedürftigkeit anhand heuristischer und hermeneutischer Strategien durch professionell Pflegende“***

Ich wurde von der verantwortlichen Person für das o.g. Projekt, Frau Annemie Teigeler, Studierende der Pflegewissenschaft an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar, vollständig über Wesen, Bedeutung und Tragweite des Forschungsvorhabens aufgeklärt. Ich habe das Informationsmaterial gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit Fragen zu stellen und habe die Antworten verstanden. Ich bin über den möglichen Nutzen dieses Forschungsprojektes informiert.

Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an diesem Forschungsprojekt zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des Forschungsprojekts an einem Gespräch über die Forschungsergebnisse teilzunehmen. Darüber hinaus stimme ich zu, dass dieses Gespräch mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, sodann in Schriftform gebracht und wissenschaftlich ausgewertet wird. Mir wurde zugesichert, dass sowohl die Angaben zu meiner Person als auch die entstandenen Datensätze anonymisiert behandelt und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Aus meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch werde ich dafür finanziell entschädigt.

Ich habe eine Kopie des schriftlichen Informationsmaterials und dieser Einverständniserklärung erhalten.

Für weitere Fragen während des Forschungsprozesses kann ich Frau Teigeler telefonisch erreichen unter: [] oder []

Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

Ort, Datum, Unterschrift ProjektteilnehmerIn

Unterschrift Projektverantwortliche

**PTHV gGmbH**  
Palottistraße 3 • 56179 Vallendar  
Tel. 0261 6402-0  
Fax 0261 6402-300

Geschäftsführung: Prof. Dr. Paul Rheinbay SAC, Michael Zimmermann  
Amtsgericht Koblenz HRB 20129, Steuernummer: 22/654/4504/6  
Bankverbindung: Sparkasse Koblenz, BLZ 570 501 20, Konto 106567  
BIC: MALADE51KOB, IBAN: DE 23 5705 0120 0000 1065 67

Philosophisch-Theologische  
Hochschule Vallendar  
  
[www.pthv.de](http://www.pthv.de)

# Anhang 6:

## Exemplarisches Raster einer Pflegekraft für Pflegebedürftigkeitskriterien

1. Schwere der Erkrankung	leicht	mittel	schwer
2. Wie hoch ist die Pflegebedürftigkeit?	wenig	mittel	hoch
3. Zeitaufwand für pflegerische Grundpflege, häusliche Tätigkeiten, Tätigkeiten im Alltag	gering	mittel	hoch
4. Zeitaufwand für medizin. Tätigkeiten (z.B. Verbande, Medikamenten, Vitalzeichen, BZ-Messungen, Saugen)	gering	mittel	hoch
5. Wie hoch ist der Bewusstseits- zustand des Patienten, Pflege selbstständig zu übernehmen?	hoch	mittel	gering
6. Anzahl der Wunden des Patienten/ Ausgangslage an der Pflegeniveau	gering	mittel	hoch
7. Orientierungslage des Patienten	gut	mittel	schlecht

## Anhang 7: vorbereiteter Raum für die Gruppendiskussion

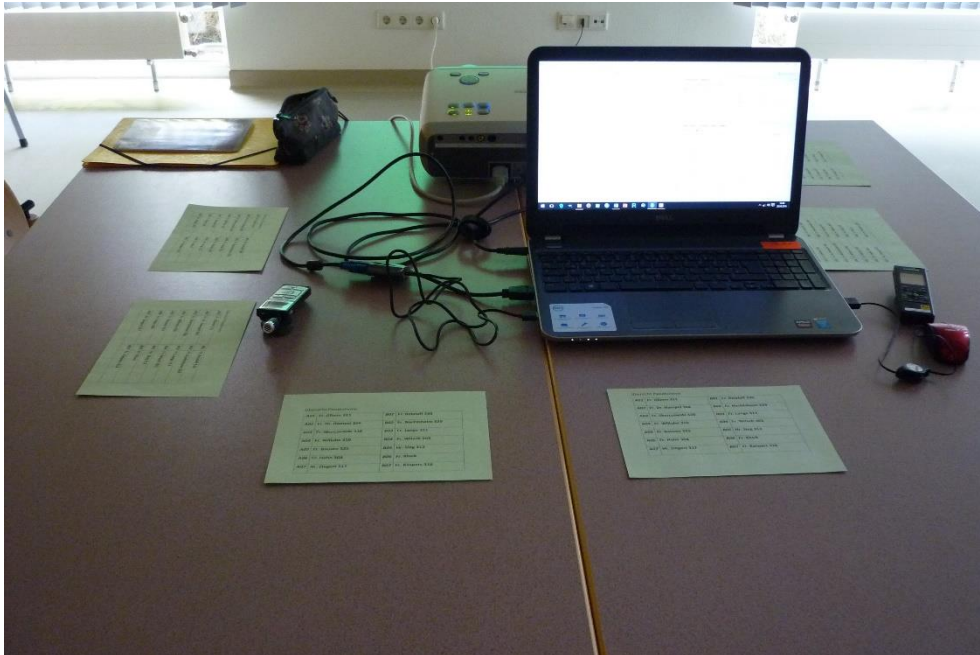


Foto: privat



## Anhang 8: Modell der Konfiguration

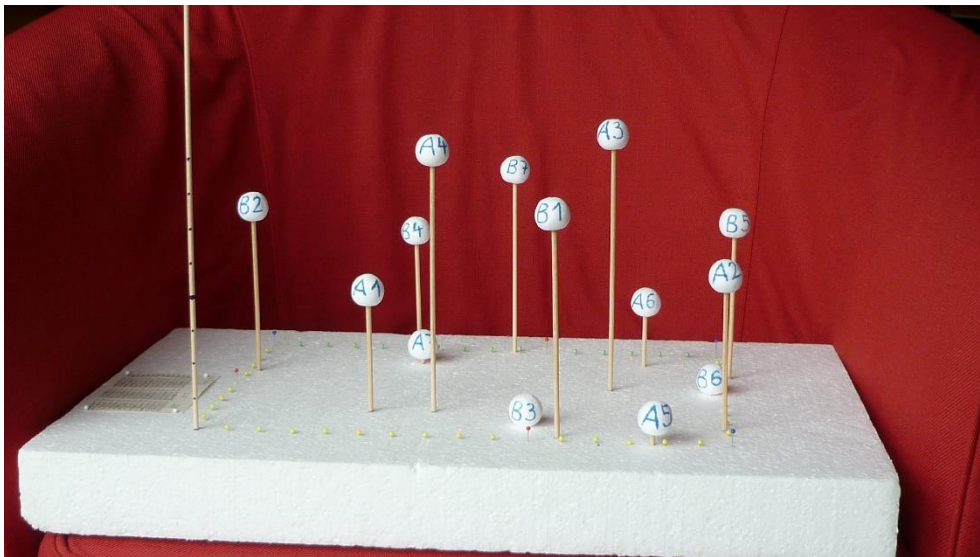


Foto: privat

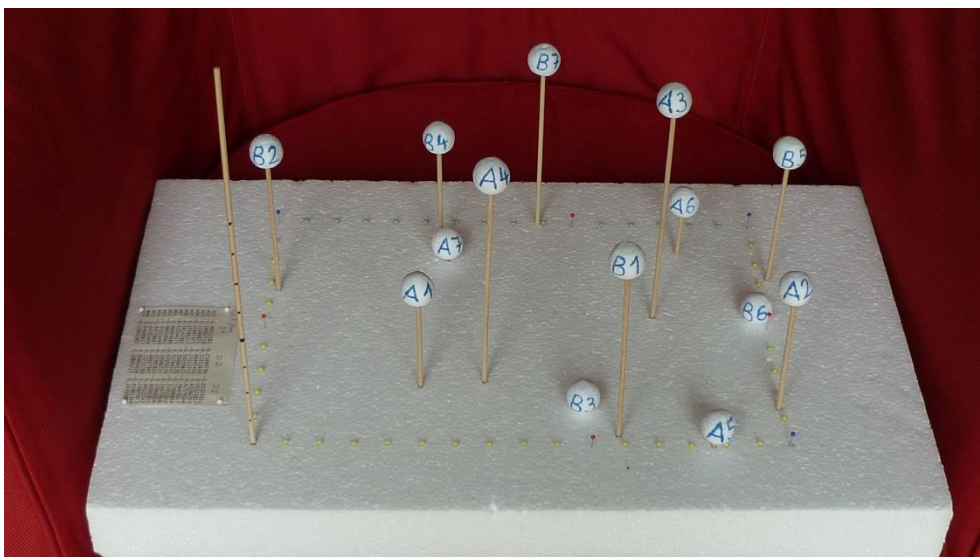


Foto: privat



## Anhang 9: Postskriptum nach der GD

### Postskriptum nach der GD am 28.04.2016

---

#### Zur Gruppendiskussion:

Leitung der GD:	Annemie Teigeler
Datum der GD:	28.04.2016
Ort der GD:	Aula der Brohltalklinik St. Josef, Klinik für geriatrische Rehabilitation in Burgbrohl
Beginn der GD:	14.15 Uhr
Dauer der GD:	49 Min 14 Sek
Ende der GD:	15.05 Uhr

#### GD-Situation:

- Raum vorbereitet, etwas abgedunkelt
- Tisch mit Beamer, Rechner mit Maus, zwei Aufnahmegeräte
- darum gruppiert sechs Stühle mit Ausrichtung zur Projektionsfläche
- Tischvorlagen mit Pseudonymeliste der Patienten für jede Pflegekraft
- Seitentisch mit Getränken und Gebäck
- Lüftung des Beamers rauscht, Projektion etwas gelblicher und unschärfer als auf dem Rechner
- Techniker hat Beamer zuvor so optimal wie möglich ausgerichtet, aber Gerät ist schon älter
- Atmosphäre ungezwungen, Plauderton, Erinnerung an alte Zeiten
- während der Gesprächszeit keine Störung von außen (Info durch Türschild)

#### Besondere Vorkommnisse während der GD: keine

#### Gespräche vor dem Einschalten des Aufnahmegeräts:

- Leitung erklärt wie Grafik zustande kommt => Patienten verteilen sich als Punkte in einem Raum, in Länge, Breite und Höhe => Ähnliches liegt nah beieinander, Unähnliches liegt voneinander entfernt
- Pflegekräfte haben sich kurz über einzelne Patienten unterhalten, um sie sich wieder vor Augen zu führen
- Leitung informiert über das Vorgehen
- ungewohnte Aufnahmesituation kann durch die Vorstellung, es handele sich um ein Übergabegespräch, überwunden werden
- Pflegekräfte mögen sich über die Grafik unterhalten, als Einstieg Bild erst mal betrachten und dann beschreiben, mit Maus kann Position verändert werden
- Leitung hält sich zurück, da sie die Patienten nicht kennt, nur zuhören, für Technik sorgen, evt. Notizen anfertigen, b. Bed. am Ende nachfragen
- Einverständnis für den Beginn der Aufnahme wird erfragt => Zustimmung

#### **Gespräche nach dem Abschalten des Aufnahmegeräts**

- Leitung informiert über das Zustandekommen des Stress-Wertes bei der Berechnung der Positionen der Patienten => dieser sei gut ausgefallen; das bedeutet, die Voten der Pflegekräfte waren relativ gut zu transformieren => lässt erkennen, dass Pflegekräfte systematisch vorgegangen sind, auch ohne sich auf einen gemeinsamen Referenzrahmen zu beziehen
- Pflegekräfte konstatieren, dass jeder mit seiner Sicht auf die Patienten zugehe und sie unterschiedlich wahrnehme; dies führe insgesamt zu Konsens, gelegentlich auch zu Dissens, wie es bei Übergaben manchmal auffalle
- eine Pflegekraft stellte sich ein Studie vor über ein Team, das ganz neu gebildet würde und sich noch nicht kennt; das Forschungsinteresse würde dahin gehen, wie gemeinsames Arbeiten klappt, wenn man sich erst finden muss
- eine andere Pflegekraft äußerte sich sehr interessiert und erstaunt über das Verfahren der MDS

#### **Verhalten der Leitung**

- Leitung war zunächst etwas verunsichert, als Pflegekräfte Probleme mit der Anordnung im dreidimensionalen Raum äußerten
- geplante Zurückhaltung wurde ein wenig aufgegeben
- Orientierung im Raum (hoffentlich) unterstützt indem sie den Blick auf einzelne Dimensionen richtete durch offen Fragen/Impulse (Bsp.: diese Punkte befinden sich alle an einer Wand, wenn auch in unterschiedlicher Höhe ...)

#### **Informationen zu den Teilnehmerinnen**

- Pflegekräfte waren der Situation gegenüber sehr aufgeschlossen und gespannt, was sie erwartet
- eine Pflegekraft hatte die Übergabeübersichten aufgehoben und mitgebracht, um sich orientieren zu können
- Pflegekräfte konnten sich nicht dazu entschließen, die Maus selbst zu bedienen, wurde von Leitung übernommen, die die Anweisungen der Pflegekräfte ausführte
- es fiel ihnen anfangs schwer, sich im dreidimensionalen Raum zu orientieren und die Patientenkonstellation (die Konfiguration) nachzuvollziehen, Bezeichnungen wie Boden, Decke, Wand waren hilfreich => allmählich hineingefunden
- sie fanden ihr Votum teils bestätigt, teils erschien Anordnung befremdlich => zeigten sich sehr engagiert (in dieser Zeit war es manchmal sehr still), die Konstellation zu deuten, reflektierten ihr Votum, verglichen sich untereinander
- besonders knifflig bei B02 und B05, die die größte Distanz aufweisen, dies konnten sie sich zunächst nicht erklären, fanden aber schließlich zu einer Lösung
- Pflegekräfte haben sich gegenseitig bei der Identifikation der Patienten und beim Herausfinden der Zusammenhänge gut unterstützt und als Team Lösungen gefunden

## Anhang 10: Transkriptionsregeln

### Transkriptionsregeln: Gruppendiskussion Kermit

orientiert an den Transkriptionsregeln in:

Fuß, Susanne, Karbach, Ute. (2014). *Grundlagen der Transkription: Eine praktische Einführung*.

Stuttgart: UTB

Lamnek, Siegfried. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz

<b>leichte Sprachglättung</b>	
(.)	Pause bis zu 1 Sekunde
(2)	Angabe der Pausenlänge in Sekunden
<u>sehr</u>	betontes Wort
<u>unbedingt</u>	betonte Silbe
ja:::	gedehntes Wort
nie:::mals	gedehnte Silbe
<b>niemals</b>	lauter gesprochen (fett gedruckt)
<i>niemals</i>	leiser gesprochen (kursiv)
Ähm, äh etc.	Verögerungssignal
Ich habe gestern mein Auto gewaschen (I: mhm) und bin dann ... (I: ja)	Sprechunterstützung: Zuhörersignal (mhm, ja, äh) ohne Zeilensprung für den Sprechwechsel
Hm	Füllwort, Zustimmung
mhm	Bejahung
mhmh	Ablehnung
Irgend -	Wortabbruch
Irgend - äh - wie	Wiederaufnahme eines abgebrochenen Wortes
(lacht)	non-verbale Äußerungen, Handlung
(Telefon klingelt)	Geräusche
A: Text [Überschneidung] B: [Überschneidung] Text	gleichzeitiges Sprechen
. , ? : „“	Zeichensetzungen wie bei Fließtext
...	unvollendete Sätze, Fade-out
(...?)	unverständliches Wort
(...??)	mehrere unverständliche Worte
(mein?)	vermuteter Wortlaut
(mein?/dein?)	alternativer Wortlaut
[...]	Auslassung

## Anhang 11: Transkript

## Transkript

Projekt	Gruppendiskussion Kermit
Name der Audiodateien	Gerät Peters, Gerät Teigeler
Datum der Aufnahme	28.04.2016
Ort der Aufnahme	Aula der Brohltalklinik St. Josef, Klinik für geriatrische Rehabilitation in Burgbrohl
Dauer der Aufnahme	49:14 Min
Befragte Personen	fünf Personen aus dem Pflegedienst
Leitung der GD	Annemie Teigeler
Datum der Transkription	vom 05.05. bis 24.05.2016
Transkribentin	Annemie Teigeler
Transkriptionsregeln	s. tabellarische Übersicht Transkriptionsregeln

- 1 (Projektion der Grafik)
- 2 L: So.
- 3 (12)
- 4 P02: Ah, (2) das ist aber schlecht zu lesen. Gut, ja,  
5 aber ich denk, wir kommen parat.
- 6 L: Du kannst auch hier auf'm, äh, kleinen (P02: ja)  
7 Bildschirm (P02: ja) gucken und, wie gesagt, ich zeig'  
8 euch mal grad, (2) so kann man's auch drehen.
- 9 (Klickgeräusche Maus)
- 10 (4)
- 11 L: Okay.
- 12 P02: Hm. Hm
- 13 (4)
- 14 P02: Oben ist 4, A04.
- 15 (11)
- 16 P02: Wollt' ich grad sagen, ich kann nix anfangen ...
- 17 (6)

18 P04: Können wir grad nochmal so drehen, dass man so von  
19 A01 bis B07 alle (.) mal sehen kann? Das ...  
20 P02: Also, ich kann da nix mit anfangen.  
21 L: Hm.  
22 P02: (räuspert sich)  
23 (3)  
24 L: *So, jetzt wär' von oben.*  
25 (Gemurmel)  
26 P02: Ah, ja, (L: So) 's ganz gut. (L: das wär' von  
27 oben, ne.)  
28 (Gemurmel)  
29 (6)  
30 P05: Das, das ... das, dass manche so, äh, bisschen  
31 näher zueinander sind und manche so, äh, was weiter.  
32 (2)  
33 L. *Hm*  
34 P05: Also ...  
35 (6)  
36 P02: (...?) B02 ist aber weit oben. Aber das ist die  
37 Beste gewesen.  
38 (2)  
39 L: Hm.  
40 P01: Also, je näher sie zusammen sind, um so ähnlicher,  
41 ne. [Ja] [(L: mhm)] So war das.  
42 P02: Siehst du, da ist B02 (2) ist nämlich dann  
43 diejenige, die die Selbständigste von allen war. Für  
44 uns halt ein Ausnahmezustand. (.) (Papierrascheln) Würd'  
45 ich jetzt so sagen.

2

46 P01: Genau.

47 P04: Wo ist denn (Teil?)7, die war ja auch so ziemlich  
48 ... (3) Ah, B07 ist (P02: Da) an der anderen Ecke oben.  
49 (4) Das wundert mich jetzt, dass sie so, äh, recht weit  
50 auseinander sind, weil die ja doch recht ähnlich waren,  
51 fand ich.

52 (2)

53 L: B02 und B07?

54 P04: Genau B02 und B07.

55 (2)

56 P04: Die liegen beide an zwei verschiedenen Wänden,  
57 aber recht weit auseinander.

58 P02: A03 war übrigens auch ziemlich selbständig, A03.  
59 (P04: B02 (...?)) Die müssten wirklich näher  
60 aneinander. Gut, ah, das is, jeder von uns hat's dann  
61 ...

62 (Gemurmel)

63 (3)

64 L: *Mhm.*

65 (3)

66 P04: Ah, A03 einmal recht nah an B07, ne.

67 P02: A03, B07.

68 P01: ... zum Schluss recht selbständig, aber anfangs  
69 brauchte die auf 28 (P02: brauchte die?) (...??) ja,  
70 brauchte Hilfe beim Gehen, ne, die musste, die konnte  
71 nicht allein gehen.

72 P02: Ja, die haben wir in den Speisesaal gebracht. *Mhm.*

73 P01: Die war zwar, ähm, sagen wir mal, kognitiv gut,  
74 aber ...

75 P02: War die das?

76 P01: *Jaa, (.) die musste geholt werden, weil sie nicht*  
77 *(P04: Mhm) allein laufen konnte.*

78 P02: Lass mich mal grade A02 ...

79 P04: Hm, die war auch urininkontinent und hat sich  
80 immer gemeldet für die Vorlage zu wechseln.

81 P01: Und am Schluss war sie recht selbständig. Also, da  
82 konnte man ... Die hatte da so'n ... (...) nach oben  
83 gemacht.

84 P04: Hm, die hat sich gut gebessert im Aufenthalt.

85 P02: A02, die such' ich nämlich, die hab' ich ganz  
86 lange ...

87 P01: die <Name A02>

88 P04: Da unten is ...

89 P02: Hm, ich hab sie gesehen. (P01: Die war ...)

90 P05: Ist denn da B0, äh, steht, neben A03?

91 (.)

92 P02: Das sind keine Blutgruppen.

93 P05: Nein, aber ...

94 P04: B06, (P05: bitte?) nee, nee, das is B[07].

95 P05: [07]

96 (5) (Klickgeräusche Maus)

97 P04: B07.

98 P02: ... fand ich denn ähnlich? Ach, genau! A01 und  
99 A02, die hab ich als sehr ähnlich, glaub ich,



100 eingestuft. Da erinner' ich mich. Also, A01 war im  
101 Ganzen nicht so aufwendig gewesen.

102 P05: Was, was ist das hier?

103 L: Moment, das ist ...

104 (.)

105 P02: Das ist B07, ja.

106 (4)

107 L: 01 (.)und 02, auf einer Höhe, aber ...

108 P04: Nein etwa ...

109 P02: Ja.

110 P02: Das Rote ist für dich jetzt nur der Querschnitt,  
111 ja, da ist, das hat jetzt nix [mit den Patienten zu  
112 tun?]

113 P01: [Das ist nur `ne Einteilung.]

114 P05: [... aber dass das, dass das hier 03,] ähm, dass  
115 das eigentlich von allem ganz weit ist, also, dann war  
116 das schon, äh, weil er eigentlich zum, nicht so zu, zu  
117 jedem überhaupt gepasst hat, ja ... (P02: A03, B02 ...)  
118 ... ganz, ganz besonderer Fall, ja. (lacht)

119 P02: Wo ist sie denn jetzt?

120 (2)

121 P01: Ach, die <Name B01>, Moment die <Name B01> ...

122 P02: Jaa, die wurd', die haben wir saniert. ... Nee,  
123 nee, die nicht.

124 P04: Doch. Doch, doch. Die haben wir [(...?)

125 P02: [Die, die, das war die?] Hmmm ...

126 P04: Aber die, es war nach dem ersten Zyklus schon  
127 negativ und danach war die ja recht selbständig.

128 P02: <Name B01> (...?)

129 P04: Äh, nein, die hat schon noch viel Hilfe gebraucht,  
130 aber ...

131 P02: Die hat bis zuletzt sogar mit ganz viel gebraucht,  
132 ja, aber die konnt' gut gehen [zum Schluss]

133 P04: [... morgens und abends], aber den Oberkörper hat  
134 sie recht gut dann (P02: Hm.) selber gemacht ...  
135 Unterkörper brauchte die viel [Hilfe]

136 P02: [Genau], das war die ganz Große.

137 P01: Die hatte, äh, Arm - und Beinfaktur, ne, da war  
138 (...??)

139 P02: Hm, hm, hm.

140 P04: ... und `nen sehr anstrengenden Sohn.

141 [...] |

142 P02: Dann hier auch 07, der war selbständig. Der war  
143 jünger und hat nur wenig Hilfe beansprucht.

144 P01: <Name A07>, [nee, das war, ... nee, wer?]

145 P03: Der hat alles abgelehnt.

146 P04: Der hat alles abgelehnt. Ja, da unten [der am  
147 Boden]

148 P03: [Der hat alles abgelehnt.]

149 P04: Hinter dem roten Strich am Boden. (P02: Räuspern)

150 Da ist er. Da.

151 (Räuspern)

152 P01: Wer war das jetzt?

153 P04: Der [<Name A07>.]

154 P02: [Der war beinamputiert.]

**Kommentiert [A.T.1]:** Erinnerungen an Angehörige werden ausgetauscht. (15 Sekunden)

155 P01: Der <Name A07>. Der war, ja, ja.

156 P02: ...recht jung

157 P01: Ja, hm.

158 P04: Da haben wir auch ja nicht mehr gehört, was mit

159 dem passiert ist, ne, den haben wir ja verlegt. (.)

160 Oder war das ...

161 P02: Nee, < Name A07> wurd' entlassen.

162 P04: Ja?

163 P02: Ja! Der wurd' regulär entlassen, der hat das auch

164 gut gemacht (P04: Echt (...?) Ja, ja.)

165 P04: Stimmt, **den** haben wir verlegt mit (2) (P03: Ja.)

166 Divertikulitis direkt in'n OP.

167 P01: Wer sehr aufwendig war, das war die <Name A05> auf

168 325.

169 P05: [Wer ist denn da? B03, B03 mit zusammen ...]

170 P04: [... und die <Name B03>.]

171 P02: [Die war schlecht drauf, die war schlecht drauf.

172 Die ist ja so krank geworden.]

173 P04: [Ja, und die <Name B03>, die war ja so schlecht

174 dran gewesen.]

175 P02: Hm.

176 P04: Und die <Name B06> (lacht), <Name B06> hatte auch

177 (.) die ... [B06 hat auch unheimlich ...]

178 P02: [Ja, die hat einfach ... wollt ich sagen ...]

179 P04: Wo sind denn die drei, die waren ja alle drei

180 ziemlich ähnlich: A05, B06 und (.) [B03].

181 P02: [A05], B06, (P04: Hm.), B03. Na, B03 war am

182 betreffendsten.

**Kommentiert [AT2]:** Ein anderer Patient als A07 ist damit gemeint, der nicht zu den TeilnehmerInnen des Projekts gehört.

183 P04: Da unten ist, glaub' ich, B06. (geht zur  
 184 Projektionsfläche) Hier ist B06, oder? B06, A05 (2) und  
 185 B03?  
 186 P01: Das ist so verpixelt, irgendwie, ne.  
 187 P02: Ja, da tut, das ist die Tapete, das ist nicht  
 188 verpixelt.  
 189 P04: (...??) alle gleich (.) in eine Ecke gedrängt. (3)  
 190 L: *Mhm. Worin besteht so das Gleich - also, hast du 'ne*  
 191 *Idee worin das gleich ist?*  
 192 P04: Wahrscheinlich ist es, äh, unten am Boden, wer am  
 193 hilfebedürftigsten war und oben in der Luft, wer am  
 194 selbständigsten war. Und, (.) die sind ja durch ihre  
 195 Hilfsbedürftigkeit alle sehr, sehr ähnlich gewesen und  
 196 deswegen sind die alle in eine Ecke gedrängt.  
 197 P02: Jaa, Moment, (.), A04 und A02, die haben sehr viel  
 198 auch außerhalb in Anspruch genommen, die haben viel  
 199 Zeit für sich eingenommen. Und A01 war im Prinzip  
 200 genauso betroffen, aber die hat viel weniger (3), ähm,  
 201 ... (P01: beansprucht), beansprucht, ja ich würd' jetzt  
 202 sagen, so gejamert oder so was. (P04: A01 ...  
 203 irgendwie ziemlich weit unten)  
 204 (Gemurmel)  
 205 P02: Die lagen nämlich im Prinzip, denk' ich, alle drei  
 206 gleich, in etwa ...  
 207 P05: (Wo?) ist die überhaupt A01, ach ganz unten, da?  
 208 P04: Hm.  
 209 P05: Mhm.  
 210 P04: ... geht das schon mal nicht.  
 211 P02: Ich kann das gar nicht sehen, wo ist A01?

212 P04: Da! Wo die (...) ...

213 P02: Da, okay.

214 P04: Und A04 ist da unten.

215 P02: Und A04..., weil sie hat ja viel beansprucht, A04,

216 war sehr anstrengend. (5) (Räuspern)

217 P04: Dann lieg' ich mit meiner Vermutung definitiv

218 falsch, dass die Hilfsbedürftigen am Boden liegen.

219 L. Ähm, (2) ja, sonst, sonst guckt mal, was, ähm,

220 vielleicht ... (2) <Name P02> sagt ja gerade, dass die

221 halt sehr unterschiedlich waren ...

222 P02: 01, ja, also, im Aufwand, sagen wir mal so, in

223 dem, was sie be - äh - benötigten, waren die sehr

224 ähnlich, A01, A02, A04. A01 und A02 sogar noch viel

225 mehr. Nur haben die ja auch unterschiedliche, ähm, ...

226 uns unterschiedlich in Anspruch genommen. Während die

227 eine halt doch eher sehr bescheiden war, A01, fand ich

228 jetzt A02 und A04 (.) sehr in Anspruch nehmend. Also,

229 auch über, über die Maße hinaus, im Prinzip.

230 P01: Da müsste doch auch A05, [die war auch sehr, sehr

231 beanspruchend].

232 P04: [Ja, A05, die war auch sehr beanspruchend.]

233 (Gemurmel)

234 P02: A05, oh ja! Oh ja, oh ja. Wohingegen B06 halt

235 einfach anstrengend war. Ne, das war halt einfach, ja

236 ja, da war ja auch 'ne [Demenz.]

237 P01: [A02 und] A05, die müssten irgendwie, find'ich,

238 auch zueinander, gut zusammen, nah zusammen liegen.

239 (2)

240 P04: A05 ...

241 P01: Wo finden wir die denn, A02 und A05?

242 P02: Und 6, 06, A06 ist auch 'ne ganz Bescheidene  
 243 gewesen, die ganz fleißig war bei uns. Ah, hier am  
 244 Boden ist sie. (.) Am Boden. (2) (L: A02, A05) A02,  
 245 A05, also das versteh' ich jetzt nicht, warum 02 und  
 246 (2) nee, das ist A06 (.) nee, 2 und 6 ist so ... 3,  
 247 nee, warte mal, ... 6, die war, ähm, fleißig, die war  
 248 gut.

249 P01: Ja, das, das war, die lag (P02: die war), die lag  
 250 bei <Name A02>, ne ...

251 P02: Ja, zuletzt, ja. <Name A02> hat viel mitgemacht  
 252 (2) und die war richtig fleißig gewesen.

253 P01: Ja, ja, ja.

254 L: Hm. Also, die würdet ihr als ... auch ähnlich  
 255 bezeichnen, die hier beieinanderliegen, alle auf einer  
 256 Höhe sind.

257 P02: Wen hast du denn da jetzt, die Frau A06, nee, nee,  
 258 auf keinen Fall (.), (P01: Nein, nein.) unter keinen  
 259 Umständen, da liegen Welten dazwischen.

260 L: Hm (...?)

261 P01: Vom Zeitaufwand also (P02: Ja.) war A02 bestimmt  
 262 das Vierfache.

263 P04: Hm, ja.

264 P02: Hm, wenn du damit hinkommst.

265 P01: A06, ja.

266 P04: Wobei sie am Ende sich ja auch gebessert hatte, da  
 267 hat sie, ähm, fast also, klar der Transfer war noch  
 268 nicht super, aber hat sie zeitweise selber gemacht. War  
 269 eigentlich dann nur noch der AP-Beutel, der uns  
 270 wirklich Zeit ...

271 P02: Ja, aber die hat dann aber trotzdem ihre Zeit  
 272 genommen für irgend [‘nen anderen Kram].  
  
 273 P04: [die war immer], genau, sie war anspruchsvoll,  
 274 aber (P02: ja) die hat, war nachher, was die Pflege  
 275 angeht, selbständig. (P02: besser)  
  
 276 L: Hm. (3) da, also A02, A06, weit auseinander.  
  
 277 P04: Hm.  
  
 278 P02: Hm, hm.  
  
 279 P05: Aber auf einer Fläche.  
  
 280 (Gemurmel)  
  
 281 L: *Nee, von der Höhe unterschiedlich.*  
  
 282 P05: Von der Höhe unterschied- , ah, ja.  
  
 283 (2)  
  
 284 L: A02, A06  
  
 285 (Gemurmel)  
  
 286 P05: So ähnlich waren auch B, äh, B02 und B07, ja die  
 287 beide auf sieben lagen.  
  
 288 P02: Ja, das waren, das sind ja die, die ich gar nicht  
 289 mehr richtig hier in meinem ...  
  
 290 P04: Die sind, auf ungefähr einer Höhe, aber halt auch  
 291 recht weit auseinander, was mich wundert. (2) Da ist  
 292 B07 und da B02.  
  
 293 L: Hm.  
  
 294 (4)  
  
 295 P01: Das liegt ja auch, ob die [im gleichen,] gleichen  
 296 Viertel, sag‘ich mal.  
  
 297 P05: [auch die Stufen,] genau, ja, ja.

298 P02: Wollt ich grad sagen, versteh' ich nicht so ganz.

299 P01: Es gibt ja auch welche, die sich im gleichen  
300 Viertel, es sind ja praktisch vier V - (zählt), nee,  
301 acht, ne, acht, (zählt) so, oder? Es sind eigentlich  
302 acht ...

303 (2)

304 P02: Ja.

305 L: Hm.

306 P01: Oder? Acht Felder, ne, also acht, acht Kästchen,  
307 sag' ich mal, die übereinander stehen, ne, so.

308 P02: Ja.

309 P04: Und da sind sie im gleiche Kästchen, ne.

310 L: Hm. Was war das jetzt nochmal, welche Patienten  
311 waren das jetzt?

312 P05: Das war die B07 und B02.

313 L: Hm, hm.

314 P05: Die sind dann ähnlich eigentlich gewesen.

315 L: Ja, gut. Hm, sind auf einer Höhe (P05: Mhm, ja.),  
316 da. Was war da jetzt ähnlich?

317 P02: Die Selbständigkeit.

318 P05: Die Selbständigkeit gezeigt, hm.

319 L: Hm. Und warum könnten die hier quasi in der ... (3) ...  
320 Moment, ich dreh's mal grade. (Klickgeräusche Maus)

321 (4)

322 P05: Hier kann man jetzt anderes sehen.

323 L: Hm, Moment ... (2)

324 L: Aber hier so in der Länge waren die unterschiedlich.



325 P05: Mhm.

326 (6)

327 P05: In der Länge?

328 P02: Mir fällt es ja eh so schwer, mich an die zwei  
329 Frauen zu erinnern. Zeig' mir mal grad den Zettel.  
330 (Papierrascheln) (11)

331 P02: 7 steht gar nicht mehr drauf.

332 (5)

333 L: Vielleicht, ... grad so ... Was ist mit B02 und B05, B07  
334 ist ja so dazwischen.

335 P05: B02 und B05

336 (3)

337 P03: Sind sich gar nicht ähnlich.

338 P04: Nee.

339 P01: Ja, ist, von der Selbst-, oder vom Aufwand her  
340 schon ähnlich. Aber die eine, die war wirklich  
341 selbständig und die andere ...

342 P04: ...ließ sich einfach nur nicht helfen.

343 P01: die hat abgelehnt, [ne, also ...]

344 P02: [Von wem habt ihr jetzt geredet?]

345 P01: [Von <Name B02 und Name B05>.]

346 P04: [Von B05 und B02]

347 P02: *B05 und B02*

348 (gleichzeitiges, unverständliches Sprechen)

349 P01: Also B02 war wirklich, die war auch selbständig,  
350 (2) und brauchte wenig au- Hilfe und und Zeit von uns  
351 und der Herr, der B05, der brauchte auch wenig Zeit,

352 aber aus dem Grund, weil er alles ablehnte, ne, weil er  
 353 ...  
 354 P02: Das war diese, ja, ja, Herz-OP. Die sind ja auch  
 355 sowieso gerne so depressiv, ne, so (2) träge quasi,  
 356 schwerfällig, schwermütig, so, das passt viel besser.  
 357 (6) A01, da war doch auch noch irgend 'ne Wunde, die  
 358 hat doch noch irgendwas, ein Erysipel oder so was  
 359 entwickelt, am Schienbein. Irgendwas haben wir doch  
 360 noch mit dem Schienbein gemacht. Dass man ja A01, A02  
 361 konnte man ja noch so schön ver-glei:chen ...  
 362 P05: Mich schon interessiert, warum ist das so  
 363 verteilt, ja, das ist schon interessant, also ... (3).  
 364 Die bleiben, die, die oben bleiben (4) ... (...??)  
 365 P01: Das zeigt ja eigentlich, dass jeder von uns  
 366 trotzdem die Patienten... (P04: ... unterschiedlich  
 367 einschätzt) ganz anders (P02: ... sieht) beurteilt, ne.  
 368 (P02: Mhm) (2) Auch, wenn wir jetzt sagen, die ...  
 369 P02: ... auch mit anderen Perspektiven, ja, (P01: ja)  
 370 Gesichtsblicke (P01: ja)  
 371 (3)  
 372 L: Hm. Ich geh' einfach nochmal darauf zurück, auf B02  
 373 und B07, wo ihr gesagt habt, die sind auf einer Höhe,  
 374 da gab's 'ne Ähnlichkeit, aber, ähm, (P05: Hm.) ihr  
 375 habt gesagt, B02 und B05 waren ganz weit auseinander.  
 376 Und was ist jetzt mit B02 und B07? Hat das irgendwie,  
 377 ist das auch so 'ne Richtung, in die, in die die gehen  
 378 könnten, oder?  
 379 P01: B02 und B07?  
 380 P04: Eigentlich, also für mich müssten die fast  
 381 aufeinander liegen.  
 382 P05: Hm, ja, die waren auch so ...

383 P04: Die waren eigentlich beide (P05: Hm.) identisch,  
384 nur ein anderer Name.

385 L: Hm.

386 P02: (...??)

387 (5)

388 L: Die sind ja auf einer Höhe, ne.

389 P05: Hm.

390 (7)

391 L: Kannst du vielleicht sagen, was so identisch, was so  
392 (...??)

393 P04: Die waren beide, hatten die leichte kognitive  
394 Einschränkungen, konnten aber sich noch gut helfen.  
395 Also, sie waren beide ohne Hilfsmittel mobil, haben  
396 sich selbständig gewaschen, waren selbständig duschen,  
397 waren beide auch weitgehend kontinent, haben keine  
398 Hilfe in irgendeiner Weise für sich von uns in Anspruch  
399 genommen.

400 (Husten)

401 P05: Die <Name B02> direkt. Also, als die kam, die hat  
402 dann die Selbständigkeit gezeigt. Und die andere, die  
403 kam, die, die hat eigentlich vorerst, äh, nicht so fit  
404 gewesen. Aber ich glaub', bei der <Name B07> war, also  
405 von der B07 war das, war ähm dieses Vorbild von <Name  
406 B02> von die, von die B02. Dann irgendwann nach drei  
407 Tagen waren sie gleich. (P04: Genau, war sie auch  
408 selbständig.) Die waren dann gleich.

409 L. Hm.

410 P05: Das war dann am Anfang (P01: Sie haben sich so  
411 angeglichen.) Genau angeglichen, ja, hm. (P01: Die  
412 lagen in einem Zimmer und haben sich ...) (P04: ...??)

413 Vorher, vorher war sie überhaupt nicht fit, sie war so,  
414 ähm, und dann, ähm, die B02 hat dann gezeigt, ich geh  
415 allein da, mach da, die hat denn dann nachgemacht, so  
416 gesagt, ja. (lacht) Nach drei Tagen hat man dann  
417 gemerkt, äh, äh, da hat sie genauso gleich geantwortet:  
418 "Ich brauch' jetzt keine Hilfe.", ja.

419 L: Mhm.

420 (4)

421 P05: Das ist natürlich ...

422 P01: Sollte man sich merken, wen man zusammenlegt.

423 (lacht)

424 P05: Ja, das ist schon richtig, das ist schon richtig.

425 Diese, dieses, jaa ...

426 P04: Wenn's passt, dann (.) ist es einfacher ...

427 P01: Das hat vielleicht mehr (P04: Therapieerfolg.)

428 nein, mehr, mehr, äh, Hintergrund als man so denkt, ne,

429 also dass, äh, dass die sich gegenseitig beeinflussen,

430 ne. (P05: Jaa.)

431 L: Hm.

432 P01: Egal, ob das zum Positiven oder zum Negativen ist,

433 ne, also ...

434 (3)

435 P02: [...]

436 P01: Gut, man hat die Möglichkeiten ja auch gar nicht.

437 (P02: Nee, wir können da gar nicht großartig ...) Man hat

438 ein Bett oder zwei, und so (P02: genau ...), irgendwer

439 muss da rein und fertig. Man hat ja kaum die

440 Möglichkeit, (P02: genau) das zu beeinflussen. Ja,

441 also, meistens ... (P02: gering) Ja.

**Kommentiert [AT3]:** erinnert an eine gegenwärtige  
Patientenkonstellation, die aber keinen Bezug zu den  
TeilnehmerInnen des Projekts hat. 14 Sek.

442 (2)

443 L: Wenn ihr jetzt mal guckt, diejenigen, die hier am  
 444 Boden sind und diejenigen, die ganz oben an der Decke  
 445 sind. (...?) Ich kann das grad nochmal drehen.

446 P02: 7, A07 (P01: 3, 4) und A04 (P01: Ich glaub, ich  
 447 muss hiernach zum Optiker. (lacht)) Also, was ich nicht  
 448 verstehe, (P05: A01, A01) wieso B07 so weit oben ist,  
 449 A04 ganz in der Nähe oben ist, weil, dass, wenn oben  
 450 die Besseren wären, oder wie immer das da ausgewertet  
 451 ist, hätte es die A04 (.) nicht verdient, so weit  
 452 hochzukommen, weil sie doch sehr, sehr anspruchsvoll  
 453 war. Die war gut, die Transfers selber und so weiter  
 454 und so fort, Oberkörper selbst versorgt. Aber, doch  
 455 sehr zeitaufwendig.

456 L: Und die anderen, die in der Luft sind, wenn ihr die  
 457 vergleicht mit ...

458 P02: Die eine ist ja [die eigenständig war ...]

459 P05: [Vielleicht um so höher ist das, um so mehr  
 460 beansprucht.] (lacht)

461 P02: Nee, guck mal, 07, B07 ... (P05: Hm.) ... A03, auch  
 462 nicht, war selbständig. (P03 und P05 unterhalten sich  
 463 leise) Was haben wir hier, B04, *ha, die hab' ich jetzt*  
 464 *auch nicht so richtig mehr im Kopf*. Aber, ich mein',  
 465 die war auch recht fit, ne.

466 P03: Und die andere?

467 P05: Mhm.

468 P03: A04, ne.

469 P01: *Die war fit, <Name B04> war fit.*

470 P02: Ah, hier, guck ...

471 P01: *<Name B04> war fit, ja, ja.*

472 P04: Die hat alles selber gemacht. (P01: ja, (die Frau  
 473 ...?))  
 474 P02: `Ne Große, Schlanke, kann das sein?  
 475 P04: Nein, ne Kleine, etwas Rundere, im Rollstuhl, die  
 476 nicht belasten durfte.  
 477 P02: [Nur 20 Kilo Teilbelastung]  
 478 P01: [Wo der Rollstuhl noch ... die ist doch in die  
 479 [Fidler? - Residenz gegangen. Der Rollstuhl steht noch  
 480 (...?)]  
 481 P04: [Der Rollstuhl steht immer noch da. Genau, der  
 482 Rollstuhl steht da immer noch.]  
 483 P02: Der steht da immer noch? (Papierrascheln) Es gab  
 484 mal 'ne Zeit, da hatte ich sie mir alle gemerkt. Das  
 485 erste Jahr hier.  
 486 (Papierrascheln)  
 487 (2)  
 488 L: Wenn man jetzt mal guckt, hier oben, die an der  
 489 Decke sind und die auf dem Boden sind ... warum, ja,  
 490 warum, jetzt einfach so ...  
 491 P02: (gähnt) Gute Frage.  
 492 P03: Sind sich bestimmt gar nicht ähnlich.  
 493 P05: Mhm.  
 494 P04: Wobei ich finde, die sind sich zum Teil schon  
 495 ähnlich. Kann man nochmal so drehen, dass ich den Boden  
 496 richtig gut sehen kann? (L: Hm.) Zum Beispiel, äh, ...  
 497 P01: Je näher sie zusammen sind, um so ähnlicher sind  
 498 sie sich, so (...?)  
 499 P04: Hm, ja, A06, 6, die <Name A06>, A06 liegt ja unten  
 500 am Boden ... (P02: A06, ja <Name A06>) (P05: Mhm.)

501 P04: Aber, die war ja auch recht selbständig, klar, der  
 502 musste man ab und zu sagen, wo sie hin muss und  
 503 Unterkörperpflege. Aber, ich find' die gar nicht so  
 504 unähnlich zu B07 jetzt. Die hat auch dann, na, wenig  
 505 Zeit in Anspruch genommen und (P02: ... und gemacht ...)  
 506 viel selber gemacht. (P02: hm ... was sie konnte, hat sie  
 507 gemacht.)  
  
 508 P04: Das, ähm, find ich irritierend, dass das so weit,  
 509 die sind ja wirklich ...  
  
 510 (gleichzeitiges, unverständliches Sprechen)  
  
 511 P01: Es war so, man musste, man musste aber immer sie  
 512 beobachten, ne, (P02: und man musste auch(machen?)) ob  
 513 sie's macht und wie sie's macht. Und die B07, die <Name  
 514 B07>, (P04: die hat ja alles allein) da konntest du  
 515 dich drauf verlassen, die macht es, ne. Die <Name A06>  
 516 hat es zwar, aber man musste immer dahinter sein, macht  
 517 sie's auch, ne.  
  
 518 P02: Du musstest auch machen. Die hat ja auch 'ne  
 519 ziemlich hässliche Hemiparese gehabt. (P01: Ja.) Die  
 520 hat ja auch ihr Spezialbesteck gehabt (P01: Hm, genau)  
 521 (gleichzeitiges, unverständliches Sprechen)... oder  
 522 vielleicht (...?) gar nicht geklappt hat ...  
  
 523 P05: Oder vielleicht, die oben sind, die sind dann  
 524 mehr, äh, mehr ähnlicher mit anderen als die unteren da  
 525 sind, ja. Die unteren sind dann weniger mit, äh,  
 526 anderen äh, also (2) na, ähnlicher (P03: ähnlich)  
 527 (jemand lacht). Ja, ich meine, ich meine nur. Das  
 528 Oberste, die kann man dann mit, mit, äh, mit mehr nah  
 529 zu sein als die dann untersten sind auf dem Boden. Man  
 530 kann da nicht so, mit, äh, die haben mit anderen nicht  
 531 so ähnlich gewesen, wie die oft gewesen sind. (2) Oder  
 532 andersrum, die untersten sind dann näher zum  
 533 Ähnlichkeit gewesen als Obersten, (also?) ähnlich

534 gewesen, ne. (3) Weil B07 zum Beispiel, ähm, da kannst  
535 du nicht auch mit viel ähnlich haben, äh, eigentlich,  
536 die hat nur zu der B02 mehr ähnlich gewesen. Ja, und  
537 deswegen ist das eigentlich wenig mit anderen ähnlich,  
538 (P01: Hm.) deswegen ist das, das dieses Unterschied.  
539 (P01: Hm, genau.)

540 L: Hm. Also, ihr habt eben ja schon von dieser  
541 Unterschiedlichkeit gesprochen, (P05: Mhm, genau.) vom  
542 Boden und von der Decke, vielleicht noch mal ...

543 (2)

544 P01: Ich hätt' jetzt gedacht, es treffen sich mehr in  
545 der Mitte, so, (P04: Hm.) ne, so (P04: Hab' ich auch  
546 gedacht.)

547 P02: Oder ganz weit auseinander, das hätte auch sein  
548 können.

549 P01: Nee, aber, weil, eigentlich ist hier kaum, ne, in  
550 der Mitte (2).

551 (Klickgeräusche Maus)

552 P05: Und wenn man von oben guckt? Kann man auch von  
553 oben gucken?

554 L: Mhm.

555 (Klickgeräusche Maus)

556 P05: Und?

557 P04: In der Mitte ist eigentlich (überhaupt keiner?).

558 (gleichzeitiges unverständliches Sprechen)

559 P05: A03, was ist das?

560 P02: Ja, ja ja.

561 P05: Ja, ja.

Kommentiert [AT4]: P02 und P05 kommunizieren nonverbal.



562 P02: Ja, aber ich glaub wirklich, die ist wirklich das  
563 gesunde Mittelmaß gewesen. Entweder, die waren extrem  
564 gut - nee, das stimmt nicht - oder extrem schlecht,  
565 nee, das stimmt gar nicht bei denen, da waren mehrere  
566 im Mittelmaß. Halt auch, A06 ist Mittelmaß (2), hm ja,  
567 die ganzen B-Leute, bis auf die, die selbständig waren,  
568 waren schwer betroffen. (irgendwer hustet) (2) Doch,  
569 das haut hin, ne, dass A06 und A03 so eigentlich die,  
570 das gesunde Mittelmaß hatten, Teilpflege, mit ...

571 P04: A01 würd' ich aber auch sagen, dann, gesundes  
572 Mittelmaß.

573 P02: Jaa, die auch, aber die ganze rechte Seite glaub'  
574 ich nicht, entweder gut oder schlecht, und den Rest  
575 hier auch (.), so ex - das sind so extrem, die  
576 Unterschiede.

577 (3)

578 L: Ich guck mir mal, was hier so auseinanderliegt von  
579 Wand zu Wand, das wäre hier B07 und, (.) und B01, dass  
580 man jetzt mal...

581 P02: Das sind Welten.

582 L: ... die Breite sich anschaut, mhm.

583 P02: Hätt'ich sogar der Länge nach gemacht... (2)  
584 schlecht war 01 nicht. Also, so gemacht hat die auch,  
585 die ist mit Rollator heim. (.) Die hatte ja auch sowohl  
586 Arm - wie Beinbruch. Also, so konnte sie ja nicht viel.  
587 (3) Die würd'ich auch noch zum Mittelmaß holen. Ah,  
588 dass sie jetzt MRSA hatte, da konnt' sie ja nichts  
589 dafür.

590 (4)

591 L: Was hast du eben mit Welten gemeint?

592 P02: Entweder extrem gut, extrem selbständig oder  
593 extrem anspruchsvoll.

594 L: Bei, bei B01 und B07 jetzt?

595 P02: Bei B01 und B07, nee, B01 ist auch Mittelmaß

596 (2)

597 L: Hm. (.) Genau, aber die liegen hier auf dieser, äh,  
598 ...

599 P02: ... auf der gleichen Ebene, ja ...

600 L: ... von der Höhe her. Aber hier liegen sie  
601 auseinander.

602 (2)

603 P05: Diese roten Striche, was, das, das ist auch ...

604 L: Äh ...

605 P01: ... `ne Einteilhilfe.

606 P05: Ja, ja.

607 (2)

608 L: (Könn't ihr aber?) hier, B01 und B07, die liegen ja  
609 so auf der, also hier in dieser ... in der Breite liegen  
610 die ja am meisten auseinander, von der Höhe sind sie  
611 gleich, aber von der Breite her sind sie *auseinander*.

612 P05: Mhm.

613 P01: Also, ich hätt' jetzt erwartet, dass mehr so in  
614 diesem Kreuz selber so ... (P04: Ja) weil ich, wo ich so,  
615 meine, meinen Teil so angekreuzt hab', da waren  
616 wirklich viele, die so, wo ich gesagt hab', das könnte  
617 jetzt, das könnte der sein, das könnte auch der sein.  
618 Also, aber die tauchen da irgendwie nicht so auf, wie  
619 ich gedacht habe.

620 P02: Die sind schön durcheinander, ne, schön verteilt.

621 P05: Mhm.

622 P01: Also, da müssten (P02: Aber unten sind zwei  
623 zusammen) meiner, meinem Empfinden her müssten viel  
624 mehr sich in diesem, [P02: A07, A06, die passen, ja]  
625 [genau in diesem] Kreuz, (P02: die passt) (...) wo sich  
626 alle (...) Punkte kreuzen, so, befinden.

627 L: An welche hast du da so gedacht?

628 (2)

629 P01: (seufzt) die Ähnlichen. (2) Ich sag' jetzt mal, zum  
630 Beispiel, A02, A05, die waren für mich, sich, also  
631 jetzt vom Aufwand, vom, vom Krankheits - von der  
632 Krankheit her, also Kranke und Auf - Zeitaufwendige,  
633 sag'ich mal, die waren sich sehr ähnlich.

634 L: *Hm, grade ...*

635 P04: Da würd' ich auch noch fast <Name B01>, also B01  
636 noch fast dazunehmen.

637 (gleichzeitiges unverständliches Sprechen)

638 P01: Also, die drei, würd'ich, würd' ich fast so (.) an  
639 diesem Kreuz vermuten, an diesem Schnittpunkt, sag' ich  
640 mal, an diesem mittleren Schnitt - Schnittpunkt, äh,  
641 ne.

642 P04: Von der Aufwendigkeit auch fast B06 und B03, auch  
643 wenn die menschlich ganz unterschiedlich waren, (P02:  
644 Das ist ja egal.) aber vom Pflegeaufwand waren auch B06  
645 und B03 sehr, sehr ähnlich.

646 P02: Obwohl ich glaub', B03, der ging es so schlecht  
647 zuletzt.

648 P04: Ja, ja, deswegen. Zuletzt. (P02: Ja.) Ich red'  
 649 immer von zuletzt. Da hat die ja wirklich auch komplett  
 650 Hilfe gebraucht.  
 651 P02: Jaa, mehr als das. Da war auch viel  
 652 Behandlungspflege zuletzt. (P04: Hm, ja.)  
 653 L: Äh, A02 und A05 sind aber, jetzt wenn man hier die  
 654 Breite betrachtet, sind sie aber ganz nah beieinander,  
 655 ne, also, (P01: Hm.) ne, sind ja ...  
 656 P05: Ha, wenn ich die A05, A05 erinnere ... (lacht)  
 657 P02: Ja, das war aber auch dieses "Schwesterlein", (.)  
 658 das (.) war auch viel bei ihr, oder?  
 659 P01: Bei A05?  
 660 P05: A05, die ist doch, äh ...  
 661 P02: A05, dieses, (.) die hat auch viel in, in Jammern  
 662 investiert, ganz viel Energie.  
 663 L: Hm. Waren die sich [da ähnlich?]  
 664 P05: [also eigentlich,] die sind nicht (P02: Nee.)  
 665 so ähnlich, (P02: Nee.) also ...  
 666 P02: Warte mal, wer war nochmal der erste?  
 667 P05: A05 und A02  
 668 P02: Die, nee, och, gejammt hat die nicht, A02, nicht  
 669 großartig.  
 670 L: Da sind sie auch unähnlich. Aber sie sind alle in  
 671 der, (...?)  
 672 P02: Zeitaufwendig waren sie beide. (.) Transfers waren  
 673 ...  
 674 P01: Ja, am Anfang auch von der A02 war Transfer ja ...  
 675 P02: ... ganz schrecklich

676 P04: Da war ja mit Drehscheibe `ne Katastrophe.  
677 P01: ... ja, ja.  
678 P02: Mit zwei Personen, drei Personen teilweise ...  
679 P05: Aber man muss, man muss auch denken, bis zum  
680 Schluss war sie eigentlich fast selbständig.  
681 P04: Im Transfer (P02: Ja, im Transfer, die war ganz  
682 gut) und selbständig zur Toilette gegangen, (P05: Ja,  
683 deswegen.) da war wirklich nur noch Unterkörper und der  
684 Beutel.  
685 (Husten)  
686 P05: Deswegen, also mit ... (P02: ...?) A05 kann man nicht  
687 vergleichen. Die A05, die hat bis zum Schluss gleich  
688 geblieben, ja, die hat eigentlich ...  
689 P02: Die war auch, glaub' ich, schlichtweg zu schwach,  
690 dann war nichts mehr, kein, auch, kein, keine Power  
691 mehr von ihr.  
692 (3)  
693 L: <Name P01>, du denkst aber trotzdem, sie sind  
694 irgendwo gleich, sie sind ja auch an einer Wand. Was  
695 hast du so, ja, eine Idee, was, was gleich ist?  
696 P05: ... an einer Wand, ja.  
697 P01: Warum die nicht doch zusammen liegen, noch näher  
698 zusammen liegen, oder, was meinst du?  
699 L: Hier, ...  
700 P05: Das ist, das ist das an einer Wand, ja.  
701 L: ... in der Höhe, in der Höhe sind sie unterschiedlich,  
702 aber sie sind ja beide an einer [Wand].

703 P05: [...einer Wand,] (L: da haben, genau ...) das stimmt.  
 704 (Gemurmel) Wenn man so guckt, dann ist das sechs Wände,  
 705 ja, sechs Wände. (L: Hm.) Dann das, äh ...  
 706 P01: Ja, (.) schon, aber trotzdem, dass sie nicht  
 707 näher, näher aufeinander, also (.), sie haben trotzdem,  
 708 finde ich, noch recht viel Abstand zueinander.  
 709 L: In, in, in dem Bereich. Vielleicht guckt ihr mal,  
 710 was ist unten und wie unterscheiden die sich von oben?  
 711 P05: Hm.  
 712 (2)  
 713 L: Vielleicht trifft das hier auch zu? Aber von hier  
 714 nach hier, also in der Breite sind sie ja quasi auf  
 715 einer Seite. (...?)  
 716 (4)  
 717 P05: Hm.  
 718 (14)  
 719 L: Vielleicht können wir mal gucken, wer noch da an der  
 720 Wand hängt. Hier ist, glaub' ich, B01, ja, ne. Warum  
 721 sind die alle hier an dieser Wand gelandet?  
 722 P01: B01  
 723 P02: B01, ja das passt aber ...  
 724 L: Nicht eine Höhe, aber an der Wand.  
 725 P05: Mhm.  
 726 P02: Also, ich find', das passt schon.  
 727 P04: Ich glaub', das ist von, also, da würd' ich sagen,  
 728 da geht's wieder in die, äh, so'n bisschen in die  
 729 Selbständigkeit am Ende (P02. Und auch um die Bemühung,  
 730 glaub'ich) ja, weil A05, die hat, die ist ja ganz weit  
 731 unten, die hat kaum, also, die hat auch kaum Mühe

732 gezeigt, eigentlich permanent im Bett gelegen, hat  
 733 sich, war immer übel und die musste immer, Schwindel,  
 734 sofort ins Bett zurück. A02 war da schon besser, die  
 735 war motiviert, die wollte auch. (P01: Die war  
 736 motiviert.) Die war zwar auch, also sie wurde besser,  
 737 aber sie war anfangs auch sehr, sehr schwach. Also, die  
 738 wurde erst in der Verlängerung so richtig fit. Und die  
 739 Frau - also B01, die war (.), die wurd' auch erst  
 740 gegen, in der zweiten Hälfte wirklich besser und hat  
 741 weniger Hilfe gebraucht, aber die war noch 'nen Ticken  
 742 selbständiger am Ende, also die hat sehr, sehr viel  
 743 alleine gemacht.  
  
 744 P02: Ich weiß nicht, A05 hatte ja keinen Verband, mein'  
 745 ich, aber da war'n ja auch noch Verbände zu machen.  
  
 746 P04: A05 hatte die Beine gewickelt.  
  
 747 P02: Ah, gut, ja. Aber ich red', und bei der A01 da hat  
 748 sich ja noch dieses Erysipel gebildet, oder was immer  
 749 sie, die hatte doch was, wir mussten sie verbinden. Am  
 750 Schienbein war irgendwas gewesen, (P01: Hm.) da war  
 751 gekühlt ....  
  
 752 P05: Aber zum Schluss war sie auch gut. (P02: Die war  
 753 gut.) Die war mit Rollator gelaufen (P02: Sie war  
 754 super.) Die war ... (P02: A01 fand ich richtig super.)  
 755 mhm.  
  
 756 (gleichzeitiges, unverständliches Sprechen)  
  
 757 P05: [Also, die kann man mit A02, ist sie so ähnlich zu  
 758 vergleichen.]  
  
 759 P02: [Also, ich glaub', so von der, von dem, - vom  
 760 Pflegeaufwand wäre, wären diese drei Damen etwa gleich  
 761 zeitaufwendig. Aber das ...]

**Kommentiert [A.T.5]:** Was so viel bedeutet wie 'ein  
 wenig' oder 'etwas' besser. Diese Patientin macht noch mehr  
 Fortschritte.

762 P05: [Aber die sind nicht auf einer Wand], oder A02 und  
763 A01?

764 P02: Das ist, weil die einfach auch `ne andere (P04:  
765 A01 ist in der Mitte) Art haben und (gleichzeitiges,  
766 unverständliches Sprechen) A05, die ist gar nicht mehr  
767 fit geworden, die war, die hat die Schnüss voll gehabt.

Kommentiert [AT6]: die Schnauze voll

768 L: Hm.

769 P02: Da muss man auch sehen, wenn einer halt wirklich  
770 nicht mehr will.

771 L: A, A02, A01 sind auf einer Höhe, wenn man das hier  
772 betrachtet, ne.

773 P05: Ah, ja, ja, ja stimmt.

774 L: Hm, `ne Idee ...?

775 P01: A02, A05?

776 P05: Gleiche Höhe, ja, gleiche Höhe haben sie da (L:  
777 Mhm.) nicht an einer Wand, aber gleiche Höhe.

778 P02: Mhm.

779 (3)

780 P02: Aber das passt auch, also, ich find', diese drei  
781 passen schon, ich würd' da sogar noch A04 mit dazu  
782 holen wollen, (.) da war ja auch die  
783 Unterkörperversorgung und dann hatte sie ja dann noch  
784 ihren speziellen Schaum gehabt und den, den einen  
785 Strumpf und dann den Kompressionsstrumpf und (.) es war  
786 ja alles so etwas exquisiter. Ja, gut, aber weil's  
787 exquisiter war, gehört sie nicht da rein, weil vom  
788 tatsächlichen Pflegeaufwand her waren die anderen drei,  
789 hatten einfach mehr.

790 P04: Wobei sie im Bild auch wieder recht nahe an der  
791 gleichen Wand liegt wie die anderen da, (P02: Weil sie



792 die Zeit in Anspruch genommen hat, aber ...) nur sie ist  
793 weiter oben. (L: Hm.) Noch ein Stück weiter oben.

794 P02: Ja, vielleicht aber auch, weil sie halt im Prinzip  
795 mehr Zeit in Anspruch genommen hat als die Arbeit an  
796 sich gewesen wäre, mit den zwei Minuten Schwätzchen  
797 halten, sag' ich mal, die noch dazu gehören. Aber, ähm,  
798 die hat viel, dann dies noch und das noch und jenes  
799 noch.

800 L: Hm, wenn ihr jetzt mal die A04 mit einem vom Boden,  
801 (P02: A04) meinetwegen mit, mit der B03 ..., hm, das ist  
802 B03.

803 P02: Schwerstkrank, schwer, schwer krank.

804 L: ... vergleicht jetzt, ne, also hier anspruchsvoll und  
805 die am Boden, meinetwegen jetzt mal die vergleicht?  
806 Warum sind die so, warum ist das ...?

807 P02: Was, was ist das? (L: äh, B03) 03. (L: Mhm.)

808 P04: Ja, also da liegen, also da liegen ja wirklich  
809 Welten dazwischen. (P01: B03, A04) B03 brauchte  
810 Vollpflege, war zeitweise noch nicht mal mehr aus dem  
811 Bett zu holen, (zustimmendes Gemurmel) (P02: Ja, die  
812 war so krank.) wenn, dann nur kurze Zeit im Rollstuhl.  
813 (P01: Das war aber am Ende zu. Am Anfang war die ...) Ja,  
814 ja (P02: Ganz gut. Die hat sich verschlechtert.) fitter  
815 ...

816 P04: Aber dann brauchte sie sehr viel Behandlungspflege  
817 (P01: ja.) mit Infusionen (P01: Ja.) und ...

818 P02: ... kaum mehr zu mobilisieren (P04: und, und, und  
819 ...), ganz krank war die, ganz krank.)

820 P01: Ist die auch ins Krankenhaus gegangen?

821 P02: Die ist auf jeden Fall ...

822 P04: Nee, die ist nach Hause, montags, ich hatte  
 823 freitags meinen letzten Arbeitstag (...??)

824 P01: Aber es war sogar zwischendurch mal, dass sie ins  
 825 Krankenhaus geht, oder? War da nicht mal ...?  
 826 (Papierrascheln)

827 P01: [Die hatte 'ne Pneumonie, Pneumonie ...]

828 P04: [Die haben, glaub' ich mal überlegt.] Die hatte  
 829 'ne Pneumonie, 'ne richtig dicke, aber ...

830 P02: Die ist hier geblieben (P04: ... die ist  
 831 hiergeblieben, bis zum Schluss) die ist dann nicht ins  
 832 Krankenhaus.

833 P04: Die ist montags dann entlassen worden. (.) Und  
 834 wenn man das zum Vergleich zu A04 nimmt, hat A04 (.)  
 835 keine Hilfe gebraucht, also, im Vergleich ...

836 P02: ... wenig, nur Strümpfe anziehen,  
 837 Kompressionsstrümpfe [(P04: Ja, aber wirklich wenig  
 838 ...)], [aber dittchen noch und dattchen noch und  
 839 jeneschen noch]

840 P04: ... (im Vergleich?) zu B03, und da ist dann der  
 841 Unterschied, warum die so weit auseinander liegen.

842 P02: Die eine brauchte, die andere wollte.

843 P04: Warum die an einer Wand liegen, das ist natürlich  
 844 auch wieder die Frage.

845 P02: Das wird die Zeit gewesen sein.

846 P01: Der Zeitaufwand. Ich denk' mal, an der Wand, ist  
 847 viel, also diese eine Wand ist der Zeit -, (P02: Ja.)  
 848 der Zeitaufwand, wer an dieser Wand ist (.), brauchte  
 849 viel Zeit, ne.

850 P04: Das kann gut möglich sein.

Kommentiert [AT7]: diese und jenes

851 L: Wenn ihr jetzt gerade guckt, wer an der anderen Wand  
852 ist, meinetwegen hier, äh, B07 (P04: B07) oder B04 ...

853 P05: B07, B04.

854 P04: Das waren die, die gar keine Zeit eigentlich  
855 beansprucht haben.

856 (gleichzeitiges, teils unverständliches Sprechen)

857 P02: Da müsste ja B02 noch dazu kommen.

858 P04: Ja, die liegt ja auch ungefähr an der Wand.

859 P02: Und was ist mit A07?

860 P04: A07 liegt auch da an der Wand. (P02: Liegt ...),  
861 auch da an der Wand.

862 P02: ... ich kann das gar nicht ... A07, ja, die liegt aber  
863 am Boden.

864 L: Aber, aber in dem Bereich ...

865 P01: Aber vom Krankheitsbild her war der viel mehr  
866 betroffen (P02: Jaa, der war betroffen) als zum  
867 Beispiel die B07, ne. (P04: mhja). Also, vom  
868 Zeitaufwand her zwar auch ganz gering, aber vom  
869 Krankheitsaufwand viel schwerer betroffen wie jetzt  
870 [(P02: ... aber auch jünger, das muss man auch sehen.)]  
871 [die B07] oder die, die B04, oder so, ne.

872 P04: Ja, dann ist unten eigentlich auch so die, die  
873 Schwere der Erkrankung (P01: Mhm.) vielleicht.

874 P01: Also, links die Zeit, unten die Schwere (P04: und  
875 rechts) Schwere der, der Erkrankung und links die, ja,  
876 wie soll man sagen, die ...

877 P04: Wobei A04 ist ja da oben und A04, ach nee, A04  
878 (P02: nee, A04 hatten wir) gar nicht so, ich dachte,  
879 ich hatte jetzt A04 mit A02 vertauscht, weil A02 (P02:

880 Die war krank.) hatte ja auch `ne schwere Erkrankung.  
 881 (P02: Mhm, die war auch krank.) Die liegt aber auch am  
 882 Boden, ne, A02. (2) Die liegt da am Boden (.) an der  
 883 Wand, direkt an der Wand, am Boden da.  
 884 L: Genau da, ja, (P02: Da.) genau. Ich dreh´ jetzt  
 885 einfach nochmal ...  
 886 P04: Ah, nee, die ist noch recht weit oben, dafür, dass  
 887 die (L: Ja.) so schwer betroffen war. (L: Aber ...) In  
 888 dem unteren (.) (P01: Hm, in dem unteren Kasten.) Hmja.  
 889 (5) (Klickgeräusche Maus)  
 890 P04: Und B05 müsste ja auch dann an der (.) Wand  
 891 liegen, ja, der liegt ja auch noch in dem ...  
 892 L: Ich hab´, also ich hab´s jetzt gerade gedreht, ne.  
 893 (P04: Ja.) Genau, wenn wir uns jetzt die und die Wand  
 894 angucken, also ...  
 895 (.)  
 896 P05: Da ist nur einer, (P04: ja, doch, einer) auf der  
 897 linken Seite nur einer, [wer ist das?]  
 898 L: [Wenn wir vielleicht hier gucken] wer hier  
 899 auseinanderliegt ...  
 900 P04: A01 und A02 (2) liegen da auseinander, ne. (P05:  
 901 A01 und A02 ...)  
 902 P02: Ja, das ist aber auch wieder, weil die eine, A02,  
 903 schwer betroffen, aber auch sehr anspruchsvoll und sehr  
 904 zeitaufwendig. A01, betroffen, aber auch nicht -, ähm,  
 905 bescheidener im Ganzen.  
 906 L: Mhm.  
 907 (3)  
 908 L: Was ist mit B02 und B05, trifft das da auch zu?

909 P02: B02, B05

910 P04: Die waren eigentlich ziemlich ähnlich (.) vom  
911 Zeitaufwand her.

912 P02: Ja, ja, nur, dass die eine keine Hilfe brauchte  
913 und (mit P04 gemeinsam gesprochen) und der andere keine  
914 wollte.

915 L: Hm.

916 (17) (Klickgeräusche Maus)

917 L: Und A01 und B05, die liegen ja auch noch, also, auf  
918 der Ebene, auf, in der Länge auch noch weit  
919 auseinander.

920 P02: Ich glaub', das ist dann auch wieder ähnlich,  
921 brauchten gleiche Hilfe und B05 hat ja viel verweigert.

922 (Husten)

923 (36) (Klickgeräusche Maus)

924 L: Ich guck' sie jetzt nochmal von oben, dann könnt ihr  
925 nochmal sehen, in dieser Richtung, wer (.) in der, an  
926 der Wand hängt und wer an dieser Wand.

927 (7)

928 P04: Wer hängt da nochmal ganz an der äußeren Wand?

929 L: Ähm, ist der B02.

930 (6) (Gemurmel)

931 P04: Wobei B02, B05 (4) von dem Zeitaufwand uns  
932 gegenüber wirklich ähnlich waren.

933 P02: Wo ist denn jetzt B05?

934 P04: Das ist dann (...??)

935 P02: Ah, da oben, ich seh'ihn, ja, ja.

936 P04: Ist dann mit der Höhe ähnlich (3) und trotzdem so  
 937 (.) in der Länge (4) ...

938 P02: Ah, mir fällt's langsam auch schwer, da drauf zu  
 939 gucken, muss sagen ... (4) (...??)

940 P01: (...??) zum Optiker (lacht)

941 P04: Hier, willst Du meine?

942 P01: Nee (lacht).

943 L: (...??) auf dem kleinen Bildschirm

944 P05: Hm.

945 L: (...??) am Beamer.

946 P02: Das tut mittlerweile auch bisschen weh.

947 (4)

948 P01: Also, warum B02 und B05 trotzdem auseinander  
 949 liegen? (.) (L: Hm.) Wegen dem Krankheitsbild  
 950 wahrscheinlich auch, ne, der, der war ja schon ...

951 P02: Was hatte denn B02?

952 P01: Das war der mit der Herz-OP, ne, der B05.

953 P02: (Ich guck'mal??) (Papierrascheln)

954 (gleichzeitiges, unverständliches Sprechen)

955 P04: B02 ...

956 P02: ... Hemikolektomie, wollt' ich gerad' sagen, also,  
 957 (P04: B05, B05) B02, ähm,... hat aber auch was, du  
 958 wolltest was ...

959 P01: Ja, aber, der B05, `ne frische Herz-OP

960 P02: 02 hatte keinen, B02 war Hemikolektomie (P01: ja)  
 961 also, das ist ja schon (P01: aber, sag' mal) (2)  
 962 trotzdem ...

Kommentiert [AT8]: Brille

963 (15)

964 P05: (schmunzelt) schon interessant, ja, das also mit  
 965 da [(...??)]

966 P04: Ich wüsste auch nicht, [warum die so von einer  
 967 Wand auf die andere]?

968 P02: Ja, ich denk', da ist aber hier auch zu viel Zeit  
 969 vergangen, (.) dass wir vielleicht so Details, wie wir  
 970 das beurteilt haben, gar nicht mehr grade so vor Augen  
 971 haben.

972 P05: Der hat doch genommen nur das, was wir, was wir  
 973 eigentlich, äh, aufgeschrieben haben, hat  
 974 zusammengeführt und so hat er dann da ...

975 P02: Ja, ja, aber das, was wir aufgeschrieben haben  
 976 (P05: das ist interessant, warum hat er (...??) (lacht)),  
 977 das ist so lange auch her, dass wir vielleicht so  
 978 diverse Dinge, warum jetzt jeder einzelne wie beurteilt  
 979 hat, gar nicht mehr so hundertprozentig vor Augen  
 980 haben, (.) weil es einfach jetzt viel Zeit dazwischen  
 981 ist.

982 (2)

983 P01: Naja, man hat sich aber schon dadurch, dass man's  
 984 beurteilt, näher damit befasst als (...??) wenn jemand  
 985 heute heim geht, den hast du vielleicht in zwei Tagen,  
 986 weißt du den Namen schon nicht mehr (P02: Ja.) Aber  
 987 hier, die hat man ja noch (.) so vor Augen (P02: Hat  
 988 man noch vor Augen, hm.), ja, ja.

989 (Gemurmel)

990 P05: Die haben, die haben, also, die haben wirklich  
 991 jeder eine Wand gefunden, muss man sagen, also, eine,  
 992 keine ist dann, die da nicht gepasst hat (lacht).

993 P01: Ja, keiner liegt (außerhalb?). (lacht) Aquarium.

Kommentiert [AT9]: B05

994 P05: Das ist schon interessant, dass das irgendwie so ...  
 995 L: Vielleicht können wir mal gucken, wer jetzt hier auf  
 996 dieser, wer da so beieinander liegt, dass wir  
 997 vielleicht 'mal gucken - die sind ...  
 998 P05: A04 und A07 (.) A04 und A07 ...  
 999 P02: Wieso liegen die beieinander?  
 1000 L: Von der ...  
 1001 P05: Von der, äh, ähm, Höhe, ja, meinst du?  
 1002 P02: ... von der Höhe.  
 1003 P04: Naja, das kann, also, A04, klar, hat die Strümpfe  
 1004 und abends die Beine eingecremt und morgens die Beine  
 1005 versorgt. A07 hat zwar morgens keine Hilfe gebraucht,  
 1006 aber der hat schon ... (P02: Verband, der hatte auch 'nen  
 1007 Verbandwechsel) ja, genau, und wenn wir da, und  
 1008 manchmal drei Mal, wenn er die Prothese an, aus, (P02:  
 1009 Mhm.) dann immer den Kompressionswickel ab und an ...  
 1010 (P01: Dazu hatte der noch 'ne Hepatitis C, wo du, ne.)  
 1011 (P02: Mhm, ja, stimmt. Siehst du, das kommt jetzt so  
 1012 langsam wieder.) ... und an und abwickeln, und an und  
 1013 abwickeln. Ich weiß gar nicht, so einen Spätdienst  
 1014 haben wir, glaub'ich, vier Mal gewickelt, das Bein,  
 1015 weil er immer wieder seine Prothese anziehen wollte.  
 1016 Dadurch hat man ja unheimlich viel Zeit und dadurch  
 1017 werden die ziemlich nah beieinanderliegen, weil der  
 1018 zeitliche Aufwand doch ähnlich war. (.) Der hat uns  
 1019 zwar morgens in der Grundpflege nicht gebraucht, war  
 1020 auch sonst selbständig, (P02: Wollt' ich grad sagen.)  
 1021 aber durch die Verbandswechsel war man da halt lange  
 1022 gewesen.  
 1023 P02: Der war nicht anspruchsvoll gewesen. Aber das  
 1024 stimmt, der hat die Hep C gehabt, und, obwohl die uns



1025 ja auch nicht unbedingt betroffen hat. ... (P04: die  
 1026 Verbandswechsel) Die Verbände, ja ...  
 1027 L: Also, da waren die beiden ähnlich. (.) M -  
 1028 möglicherweise jetzt `ne Idee, warum (2) (P04: A06) die  
 1029 beiden auseinander liegen?  
 1030 P05: Die A06 ...  
 1031 P02: B06 und (P04: B02 und B05) (3) (L: *Warum liegen*  
 1032 *die auseinander?*) Ja, ich vermute mal, weil B05  
 1033 eigentlich hilfebedürftiger gewesen wäre (P01: als er)  
 1034 als er's zugegeben hat und B02 war tatsächlich  
 1035 eigenständig gewesen, weitgehendst.  
 1036 (5)  
 1037 P03: Also, der B05 hat nie den Speiseraum gefunden, er  
 1038 hat nie sein Zimmer gefunden, der musste immer,  
 1039 brauchte sehr viel Orientierungshilfe (.) (P04: Mhm.),  
 1040 war inkontinent (.) und der musste halt ständig aus dem  
 1041 Bett genommen werden, weil (.) der nur im Bett lag.  
 1042 P05: Deswegen sind sie auch nicht so ähnlich, (P03:  
 1043 Ja.) und deswegen sind sie so auseinander.  
 1044 P04: Die sind aber auf einer Ebene, weil er verweigert  
 1045 hat, weil der Zeitaufwand an sich ja dann ...  
 1046 P01: Also, hätte mehr gebraucht, (P02: ... als er  
 1047 genommen hat.) Das wissen wir auch, dass er mehr  
 1048 gebraucht hätte, nur er hat nicht mehr bekommen, weil  
 1049 er's nicht wollte. Und die <Name B02>, die hat wenig  
 1050 bekommen, weil sie eigentlich auch wenig brauchte. (.)  
 1051 Und wir wissen auch, dass sie wenig brauchte. Also, das  
 1052 war auch okay, da war das, das Verhältnis okay, ne,  
 1053 unser, unser Zeitaufwand, der wenige Zeitaufwand. Bei  
 1054 <Name B05> da hätten wir mehr gebraucht, nur der hat's  
 1055 abgelehnt. Ja.

1056 (2)

1057 P05: Hm. Dadurch zeigt die Wand, dass das, dass die  
1058 nicht so nahe sind (P01: Ja.)

1059 (16)

1060 L: Ich denk', wollt ihr sonst noch irgendetwas los  
1061 werden zu den Patienten oder überhaupt zu der ganzen  
1062 Konstellation, oder?

1063 P01: War das denn für dich auch ersichtlich, haben wir  
1064 denn auch unterschiedlich - klar, haben wir  
1065 unterschiedlich bewertet, so, aber lagen da auch ganz  
1066 viele, ähm, ja, lagen wir auch weit auseinander, jetzt  
1067 mit unseren Bewertungen, jeder für sich, jetzt im  
1068 Vergleich zu, weiß ich nicht, hab' ich jetzt total  
1069 anders bewertet wie <Name P04> oder wie <Name P03> oder  
1070 ...

1071 L: Ganz, ganz unterschiedlich.

1072 P01: Also, man konnt' nicht sagen, ähm, ...

1073 L: Nein, es, es, äh, manchmal war's unterschiedlich und  
1074 manchmal war's, ganz - ganz ähnlich. Also, das ...

1075 P01: Hm. Also, man kann sagen, jeder sieht trotzdem (.)  
1076 'nen Patienten mit anderen Augen, ne. Also, jeder hat  
1077 andere Bewertungs - punkte, ne.

1078 L: Ja, das war auch das, was ihr am Anfang machen, also  
1079 euch überlegen solltet, wonach bewerte ich den  
1080 Patienten hinsichtlich der, äh, der Pflege, ne. Und das  
1081 hat ja jeder für sich auch gemacht.

1082 P04: Hm.

1083 (2)

1084 L: Okay, sollen wir, denn, ja, wenn ihr nichts mehr zu  
1085 sagen habt, dann denk' ich, mach' ich jetzt auch aus.

1086 P01: ... hat man sich grad' dran gewöhnt. (lacht)

1087

## Selbstständigkeitserklärung

„Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die eingereichte schriftliche Fassung entspricht der auf dem elektronischen Speichermedium (CD-ROM).“

Burgbrohl, 20.07.2017

Anna Maria Teigeler

## Einverständniserklärung

„Ich bin damit einverstanden, dass meine Masterarbeit in der Bibliothek der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar ausgestellt und damit der Fachöffentlichkeit zugänglich gemacht wird.“

Burgbrohl, 20.07.2017

Anna Maria Teigeler